ABRÉGÉS

Dépression et anxiété

Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge

J. PALAZZOLO

MASSON

Dépression et anxiété

Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge

CHEZ LE MÊME ÉDITEUR

CONTRACEPTION, par D. SERFATY, 3e édition. *Collection Abrégés de médecine*. 2007, 480 pages.

TRISOMIE ET HANDICAPS GÉNÉTIQUES ASSOCIÉS, par M. CUILLERET, 5e édition. *Collection Abrégés de médecine,* 2007, 464 pages.

PHLÉBOLOGIE, par A.-A RAMELET, M. PERRIN, P. KERN, H. BOUNAMEAUX, 5e édition. *Collection Abrégés de médecine*, 2007, 672 pages.

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE, par D. SIMON, P.-Y. TRAYNARD, F. BOURDILLON, A. GRIMALDI. *Collection Abrégés de médecine*, 2007, 288 pages.

RISQUE VASCULAIRE CARDIAQUE ET CÉRÉBRAL. 33 QUESTIONS ET 7 ORDONNANCES, par J.-C. GILBERT et M. SAFAR. *Collection Abrégés de médecine*, 2006, 240 pages.

ASTHÉNIE-FATIGUE, par P.-Y. HATRON, J. CABANE, T. CARDON et coll. *Collection Abrégés de médecine*, 2006, 176 pages.

PRATIQUE NOUVELLE DE LA TRANSFUSION SANGUINE, par J.-J. LEFRÈRE, P. ROUGER, 2e édition, *Collection Abrégés de médecine*, 2006, 176 pages.

TOXICOMANIES, par P. ANGEL, D. RICHARD, M. VALLEUR et E. CHAGNARD. *Collection Abrégés de médecine,* 2005, 352 pages.

NUTRITION. PRINCIPES ET CONSEILS, par L. CHEVALLIER. *Collection Abrégés de médecine,* 2005, 280 pages.

MÉDECINE CLINIQUE, par T. GÉNÉREAU, B. de WAZIERES, O. LORTHOLARY. *Collection Abrégés de médecine*, 2006, 576 pages.

DÉTECTER LES MALADIES SYSTÉMIQUES AUTO-IMMUNES, par E. HACHULLA et P.-Y. HATRON, 2e édition. *Collection Abrégés de médecine*, 2006, 312 pages.

ASTHÉNIE-FATIGUE, par P.-Y. HATRON, J. CABANE, T. CARDON et coll. *Collection Abrégés de médecine*, 2006, 176 pages.

80 GESTES TECHNIQUES EN MÉDECINE GÉNÉRALE, par B. GAY, P. SACCONE et A. VALVERDE-CARRILLO. *Hors collection.* 2006, 336 pages.

101 URGENCES PÉDIATRIQUES, par J. LAVAUD, 2e édition. *Hors collection*, 2006, 464 pages.

LES ALLERGIES ALIMENTAIRES DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE, par D.A. MONERET-VAUTRIN, G. KANNY, M. MORISSET. *Collection Abrégés de médecine*, 2006, 228 pages.

JUSTIFIER LES DÉCISIONS MÉDICALES ET MAÎTRISER LES COÛTS, par B. GRENIER. *Collection Abrégés de médecine*, 2006, 144 pages.

MÉDECINE DE LA VIOLENCE, par É. BACCINO. *Collection Abrégés de médecine*, 2006, 368 pages.

GUIDE PRATIQUE DE L'ASTHME, par B. DAUTZENBERG, 3e édition. *Collection Médiguides*, 2006, 184 pages.

SOIGNER LA FEMME ENCEINTE, par J.-C. PONS. *Collection Abrégés de médecine*, 2005, 224 pages.

GUIDE PRATIQUE DU DIABÈTE, par A. GRIMALDI, 3e édition. *Collection Médiguides*, 2005, 296 pages.

GUIDE PRATIQUE DE PSYCHIATRIE, par F. ROUILLON, 2e édition. *Collection Médiguides*, 2005, 168 pages.

ABREGES

Dépression et anxiété

Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge

Jérôme PALAZZOLO

Psychiatre libéral, Nice
Professeur au département Santé, université internationale Senghor d'Alexandrie, Egypte
Chercheur associé au laboratoire «Mémoire, identité et cognition sociale», université de Nice, Sophia Antipolis
Chargé de cours, université de Nice, Sophia Antipolis



ELSEVIER
MASSON



ISBN : 978-2-294-70115-3

ELSEVIER-MASSON SAS – 62, rue Camille Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux Cedex

PRÉFACE

Le médecin généraliste est en première ligne pour la prise en charge des patients atteints d'un état anxieux ou dépressif. Il est aussi régulièrement en première ligne pour essuyer à ce propos de nombreuses critiques. Il ne serait «pas assez bien formé» pour reconnaître un état dépressif ou pour traiter un état anxieux ou dépressif. Non seulement il ne reconnaîtrait pas assez les déprimés, mais il traiterait généralement de façon inadéquate ses patients, ne prescrivant pas assez d'antidépresseurs à ceux qui en relèveraient, et prescrivant antidépresseurs et anxiolytiques de façon erronée et abondante à des patients qui ne relèveraient pas de ce type de chimiothérapie.

Si nous sommes la risée de l'Europe, c'est donc, à n'en pas douter, de la faute des médecins généralistes ainsi que de celle des enseignants qui ne sont pas parvenus à leur enseigner correctement la psychologie, la psychiatrie, la pharmacologie, la psychothérapie, etc.

Ces divers lieux communs contiennent chacun, sans doute, une parcelle de vérité. Mais, à mon avis, le cœur du problème réside ailleurs. La sémiologie de base des états anxieux et dépressifs est en réalité assez aisée à reconnaître, et tout médecin – après quelques mois passés à rencontrer des malades – a appris à identifier ces états affectifs. Certes, la reconnaissance est plus délicate chez les patients qui masquent leurs symptômes psychologiques derrière des plaintes physiques. Néanmoins, la plupart des praticiens expérimentés connaissent l'existence et la fréquence de ces diagnostics difficiles.

Des difficultés majeures sont en revanche rencontrées fréquemment : savoir saisir la dynamique des épisodes affectifs dans une vie, identifier chez un même sujet quel épisode relève d'une prise en charge, quel autre doit être respecté et de quelle nature psychologique, médicamenteuse, ou mixte doit être la prise en charge qui paraît a priori la plus indiquée.

Il peut aussi être difficile de percevoir quelles sont les attentes conscientes et inconscientes de nos patients derrière leurs discours manifestes souvent rationalisés. Savoir identifier ce qui ressort surtout d'une médication plutôt que de simples conseils avisés exige ce dont le médecin généraliste manque le plus, à savoir du temps. Et nulle recette, nulle formation ne saurait remplacer ce temps nécessaire.

L'ouvrage rédigé par Jérôme Palazzolo est destiné à sensibiliser les praticiens à ces difficultés. Il remplira certainement son objectif. Rédigé dans un langage clair, il propose tout d'abord quelques chiffres impressionnants tirés des études épidémiologiques les plus récentes ; il parcourt aussi les particularités de la «nouvelle relation thérapeutique» que malades et médecins entretiennent de nos jours dans une société en pleine mutation.

Le médecin doit s'adapter à ce nouveau partenariat malade - médecin ; il doit aussi raisonner dans des termes nouveaux, volontiers médico-économiques.

Des dépressions non ou mal soignées peuvent aboutir à des vies abrégées, voire à des interruptions prolongées de travail, à une désinsertion sociale, à des années de vie gâchées par l'état d'incapacité.

L'observance médicamenteuse est un autre problème majeur pour l'ensemble des traitements prolongés ; celui-ci a certainement été sous-estimé dans le passé. Nous minimisons généralement en effet les difficultés de nos patients à suivre durant des mois – voire des années – des traitements médicamenteux et psychologiques, prescrits pourtant initialement à bon escient pour des états affectifs.

Nous devons inlassablement expliquer à nos patients que des molécules chimiques sont susceptibles de redresser l'humeur dans des contextes environnementaux des plus divers ; nous devons aussi dépasser le dualisme qui voudrait qu'une dépression présumée psychogène relève a priori d'une psychothérapie tandis qu'une dépression présumée d'origine biologique relèverait d'une thérapeutique biologique.

L'amélioration de l'observance des traitements préconisés nécessite le plus souvent des entretiens à visée pédagogique et psychothérapique destinés à augmenter la motivation pour le traitement et à renforcer l'indispensable alliance thérapeutique.

L'ouvrage de Jérôme Palazzolo insiste à juste titre sur ces considérations. De trop nombreux patients sont aujourd'hui encore considérés comme « résistants » à la thérapeutique alors qu'ils n'ont pas correctement suivi la thérapeutique qui avait les meilleures chances de se montrer efficace.

Diminuer le nombre de ces échecs évitables doit être une de nos priorités. L'ouvrage de Jérôme Palazzolo y contribuera certainement.

Professeur Julien-Daniel Guelfi, CMME, Paris.

AVANT-PROPOS

Une jeune femme se rend pour la première fois chez un psychiatre. Elle expose son problème : « Docteur, à chaque fois que je vais me coucher, j'ai une angoisse terrible. Je suis convaincue qu'il y a quelqu'un sous mon lit. Je suis terrorisée, je n'arrive plus à fermer l'œil de la nuit. J'ai l'impression de devenir totalement folle. Mon moral est au plus bas, et il m'arrive même d'avoir des idées noires. »

Dans son fauteuil, le psychiatre la regarde et explique : « C'est un cas de dépression finalement assez classique. La symptomatologie anxieuse que vous décrivez est elle aussi très fréquente et s'associe à la dépression dans plus de 80 % des cas. L'être en question est sans doute l'habitant d'un cauchemar de votre petite enfance. Je vais vous prescrire un antidépresseur, un anxiolytique, un hypnotique, et nous allons entamer une psychothérapie d'inspiration analytique. Vous viendrez me voir chaque semaine pendant les 11 prochains mois pour une séance d'introspection de 45 minutes. Ce sera 100 euros la séance. Je vous inscris sur l'agenda ? » La jeune femme répond : « Il faut que j'y réfléchisse un peu… »

La patiente ne donne ensuite plus aucune nouvelle au psychiatre. Six mois plus tard, le praticien la rencontre par hasard dans la rue, et lui demande des explications. La jeune femme répond : « En rentrant chez moi après notre entretien, j'en ai parlé à mon voisin qui était en train de tondre sa pelouse. Et il a trouvé une solution tout de suite, qui m'a soulagée immédiatement ! » Le psychiatre, incrédule et quelque peu piqué dans son amour-propre, interroge la jeune femme : « Et comment s'y est-il pris ? » La patiente rétorque alors : « C'est très simple : il est venu chez moi, et il a scié les pieds du lit ! »

Cette histoire amusante illustre parfaitement l'intrication fréquente de l'anxiété et de la dépression chez bon nombre de patients. Elle souligne également le fait que les solutions proposées ne sont pas toujours très adaptées. La dépression et l'anxiété sont deux troubles pas évident à différencier, et certains ont encore tendance à les confondre (il y a peu, on parlait d'ailleurs de « syndrome anxio-dépressif », terme de plus en plus abandonné en pratique clinique). Il est vrai que certains symptômes sont communs à ces deux affections, comme les troubles du sommeil, la tension intérieure, voire les troubles de la concentration. L'anxiété et la dépression sont souvent associées, le patient a lui-même du mal à faire la part des choses lorsqu'il expose sa plainte (Means-Christensen *et al.*, 2006).

Néanmoins, il s'agit de deux notions bien distinctes. D'ordinaire le sujet dépressif n'a plus d'attente vis-à-vis de l'avenir, il a tendance à se dévaloriser et ses idées sont plutôt ralenties, ce qui gène sa concentration. Le matin, il se réveille fatigué, et sa fatigue a tendance à diminuer au cours de la journée. En cas d'insomnie, il souffre plutôt en fin de nuit, avec un réveil précoce associé à une impossibilité de se rendormir (l'endormissement du soir ne pose quant à lui généralement pas de souci).

Le patient anxieux, au contraire, a énormément d'attentes vis-à-vis de l'avenir, mais ces attentes génèrent de l'angoisse. Il est inquiet, hypervigilant et ressent une grande fatigue croissante tout au long de la journée. Il ressasse tous ses événements stressants du jour et éprouve d'importantes difficultés à s'endormir. L'apparition d'un réveil précoce chez un sujet anxieux est d'ailleurs un bon marqueur d'un éventuel passage à la dépression (De Troyer, 2000).

De manière générale, le dépressif est tourné vers le passé (qu'il péjore) alors que l'anxieux est tourné vers l'avenir (qu'il redoute).

Le premier interlocuteur du sujet déprimé et/ou anxieux est la plupart du temps le médecin généraliste. Celui-ci assure en France la prise en charge de 70 % des dépressions. Lors de la consultation, les difficultés diagnostiques auxquelles il peut être confronté sont nombreuses. En effet, le patient n'exprime pas toujours clairement ni spontanément ses symptômes. Le praticien, quant à lui, peut manquer d'aisance pour aborder les problèmes psychologiques du sujet dépressif et/ou anxieux, manquer tout simplement de temps, voire d'information quant au caractère polymorphe des symptômes et à la prévalence réelle des troubles en médecine générale (Bucholz et Robin, 1987).

Guérissable lorsque la prise en charge est adaptée, la dépression n'en reste pas moins une pathologie aux cas de récidive fréquents (50 % lorsqu'il s'agit d'un premier épisode) et au risque de chronicisation important (20 % des cas) (Emmanuel *et al.*, 1998 ; Guelfi *et al.*, 1999). Elle est par ailleurs souvent associée à une comorbidité psychiatrique – l'anxiété en est un exemple – et organique importante, ainsi qu'à un taux de mortalité élevé en raison du passage à l'acte suicidaire, son risque majeur (Angst *et al.*, 1999). Un diagnostic précoce, une prise en charge efficace et un suivi du patient déprimé et/ou anxieux doivent donc s'envisager sur le long terme (de six mois à un an selon les recommandations).

L'efficacité de la prise en charge d'un patient déprimé et/ou anxieux est à la fois une notion difficile à cerner et un but nécessaire à atteindre. Les recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) et de la Haute Autorité de santé (HAS) orientent le clinicien dans sa réflexion thérapeutique en exposant les stratégies et les moyens efficaces dans le traitement du sujet déprimé et/ou anxieux (médicaments, psychothérapies). À ce jour pourtant, seule la moitié des dépressions caractérisées identifiées bénéficient d'une prescription médicamenteuse, et seul un tiers de ces prescriptions concernent un antidépresseur.

Le soin des troubles anxieux, quant à lui, détient en France le record de prescription (et de consommation) d'anxiolytiques (*Le Nouvel Observateur* titrait il y a peu : « 80 millions de boîtes de tranquillisants consommées chaque année dans notre pays »). De plus, la moitié des patients ne respecteraient pas leur prescription. La durée effective moyenne de prise des traitements antidépresseurs est de 2,8 mois alors que la moitié de ces traitements sont prescrits sur des durées supérieures à 8 mois (Boyer *et al.*, 1999). Réticence à admettre le problème, incrédulité face au caractère pathologique du trouble et à la nécessité de le médicaliser, méfiance vis-à-vis des traitements psychotropes,

insuffisance de l'information médicale sont autant de facteurs qui retardent voire occultent une prise en charge adaptée de la dépression et/ou de l'anxiété, compromettant fortement les chances de rémission. Au bout du compte, parmi les 30 à 50 % des personnes déprimées et/ou anxieuses entrant dans le système de soins, seule une minorité est traitée efficacement en dépit des moyens consacrés.

La place et l'expertise du spécialiste dans la prise en charge de la pathologie dépressive et/ou anxieuse sont à interroger. Dans notre système de soins, seul un patient sur trois accepte de voir un psychiatre lors de troubles dépressifs et/ou anxieux, et le recours systématique au spécialiste n'est pas recommandé. Dans la pratique, le médecin généraliste peut lui-même être amené à orienter son patient vers le psychiatre, par la nécessité d'une prise en charge spécialisée ou à la demande de la personne. Dans ce contexte, l'amélioration de la prise en charge du sujet déprimé et/ou anxieux passe par :

- l'identification du stade de la pathologie lors de la prise en charge du patient, et la connaissance des raisons du recours au spécialiste ;

- la reconstitution et l'appréciation du parcours du patient, de façon à identifier les contextes où la prise en charge thérapeutique a été optimale et, a contrario, les situations où celle-ci aurait pu être améliorée.

Nous allons tenter, dans cet ouvrage, d'apporter des réponses pratiques aux questions récurrentes face à un patient déprimé et/ou anxieux : comment déceler les premiers symptômes? Quels conseils donner au patient et à ses proches? Quel traitement proposer au souffrant? Quand adresser ce dernier au spécialiste? Et qu'attendre de ce dernier?

INTRODUCTION

LIENS ET DIFFÉRENCES ENTRE DÉPRESSION ET ANXIÉTÉ

L'une des principales difficultés en pratique clinique est de différencier ces deux troubles, la dépression et l'anxiété pouvant notamment être associées. En cas de mal-être, celles-ci ont tendance à être confondues. Elles sont néanmoins bien distinctes.

L'anxiété est une peur diffuse sans raison logique apparente, ou alors en démesure par rapport à la raison invoquée. Elle se manifeste souvent par un cortège de symptômes somatiques : sensation d'étouffement, boule dans la gorge, poids sur l'estomac, sueurs froides, « spasmophilie », etc.

La dépression est, quant à elle, plus diffuse. Les patients décrivent un manque d'élan, une perte d'énergie, un frein motivationnel, une dévalorisation d'eux-mêmes, etc.

Différences entre anxiété et dépression

L'interrogation de sujets anxieux et/ou dépressifs révèle certaines différences entre les deux types de troubles (Himmelhoch *et al.*, 2001) :

La relation au temps n'est pas la même

L'anxiété concerne le futur. La personne angoissée a généralement peur de l'arrivée d'un évènement négatif (un accident, une maladie). Il lui semble prendre trop de risques. Elle trouve la vie dangereuse et prend peur par exemple pour elle ou ses enfants. Elle a l'impression d'être en sursis, et attend une catastrophe qui, pas encore produite, ne devrait pas tarder.

La dépression, au contraire, concerne le passé. La personne dépressive n'arrive pas à surmonter ce qui lui est arrivé. Son parcours est marqué par des événements négatifs. Elle traîne un lourd fardeau devenu insupportable et ne possède plus la capacité de faire face à la vie.

L'origine du mal-être n'est pas la même

Dans l'anxiété, la peur vient de l'extérieur. L'environnement – par exemple un objet, un animal, une situation, un virus, une personne – semble menaçant pour le sujet. Celui-ci se sent fragile face à un monde dangereux, manque de confiance en la vie et se méfie de tout. Bien souvent, il remet en cause sa façon de voir le monde environnant, perçoit que le problème vient de lui, mais n'en reste pas moins terrorisé.

Dans la dépression, le mal-être vient de l'intérieur. La personne se déprécie, elle est incapable de faire face, ne se sent pas à la hauteur et se met en situa-

tion d'échec. Elle ferait mieux, selon elle, de ne pas exister, elle est un poids pour tout le monde, et pense sa mort, dans ces conditions, souhaitable. Ces ruminations sont typiques chez le sujet dépressif. Le monde extérieur ne lui fait pas peur, mais il se sent incapable d'y vivre, ne possédant pas les qualités nécessaires pour s'y adapter.

Les troubles du sommeil diffèrent

Le sommeil des sujets anxieux se singularise par une difficulté d'endormissement, une difficulté de maintien du sommeil associée à une efficacité diminuée, et une instabilité traduite par de fréquents changements de stades. Il existe par ailleurs une grande variabilité d'une nuit à l'autre. L'insomnie est l'un des symptômes le plus souvent retrouvés au cours d'une dépression (présent dans 80 à 95 % des cas selon les études). Un patient déprimé ne se plaignant pas en consultation de la mauvaise qualité de son sommeil est en effet exceptionnel. Parfois même, cette plainte, qui occupe littéralement le devant de la scène, peut masquer les autres symptômes et ainsi être à l'origine d'erreurs diagnostiques et thérapeutiques.

Au contraire, chez le déprimé, l'endormissement n'est généralement pas perturbé. Il peut même dans certains cas être avancé et plus rapide qu'à l'habitude. En revanche, le sommeil est entrecoupé par de multiples éveils nocturnes, et surtout écourté par un réveil précoce, délaissant le sujet épuisé, abattu, l'esprit figé dans la perspective noire d'un nouveau jour. L'association fréquente d'une angoisse importante à la dépression aggrave la fragmentation du sommeil par de nombreux éveils, et entraîne un délai d'endormissement plus important. Dans 10 à 15 % des cas, la dépression se manifeste uniquement par une somnolence excessive au cours de la journée. Cette forme particulière est plus fréquente chez l'adolescent ou la personne âgée.

Liens entre anxiété et dépression

Si la dépression a été reconnue comme un facteur majeur de handicap dans le monde entier, le poids des troubles anxieux, pour eux-mêmes et en tant que facteurs de risque ou facteurs aggravants de la dépression, commence seulement à être mesuré (Johnson et Lydiard, 1998). Ainsi, l'anxiété est souvent envisagée comme un symptôme courant de la dépression, et celle-ci souvent associée à l'anxiété. Dans une enquête réalisée en 1993, environ 42 % des personnes souffrant de dépression ont signalé des symptômes de préoccupation, d'angoisse psychique et d'angoisse somatique de gravité au moins modérée (Fawcett et Kravitz, 1993). La dépression atypique – caractérisée par une tristesse de l'humeur avec hyperphagie, hypersomnie, inversion du rythme veille-sommeil et extrême sensibilité réactionnelle – est en général associée à une importante symptomatologie anxieuse. Selon Liebowitz (1993), la dépression et l'angoisse apparaissent ensemble et il recommande, afin d'optimiser l'issue du traitement et la rapidité de la guérison, de prendre en considération les symptômes d'anxiété en choisissant, pour chacun des déprimés, le meilleur médicament. Les personnes déprimées avec des symptômes anxieux importants mettent nettement plus longtemps à guérir et

bénéficient de plus de médicaments. Elles présentent une incidence plus élevée de suicide accompli et des épisodes dépressifs plus fréquents que les déprimés sans symptômes anxieux (Joffe *et al.*, 1993).

En fait, la relation précise entre la dépression et l'anxiété n'est toujours pas complètement établie. L'anxiété n'est pas requise pour le diagnostic de la dépression majeure (*American Psychiatric Association*, 1996 ; Organisation mondiale de la santé, 1992), et il est admis que les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont des maladies bien distinctes. Cependant, la question de l'existence d'un continuum n'a jamais été totalement abandonnée, et des groupes de patients « mixtes » présentent à la fois des symptômes d'anxiété et de dépression, (Shelton et Tomarken, 2001).

Prise en charge médicamenteuse de la dépression et de l'anxiété

Elle interpelle par les données recueillies. Dans une étude publiée en 2005 par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la population française se caractérisait par une consommation de médicaments supérieure à celle de ses voisins européens[1]. Si le nombre de consultations paraissait très proche en France, en Allemagne et en Espagne, la part de molécules prescrites à chaque consultation expliquait ce recours particulièrement élevé aux médicaments. Les Français consomment deux fois plus d'anxiolytiques que les Espagnols, et huit fois plus que les Anglais. En 2004, ils ont acheté 55,6 millions de boîtes de tranquillisants, ce qui représente 320 millions d'euros remboursés par l'Assurance maladie. Durant la même année, plus de 10 millions de Français ont eu au moins une prescription d'anxiolytique.

Au cours de l'année 2000, en France, le remboursement de médicaments antidépresseurs a concerné 9,7 % de la population du régime général d'Assurance maladie. Cette classe thérapeutique devançait les hypnotiques et se situait, en termes de prévalence annuelle de consommateurs, au deuxième rang des médicaments psychotropes après les anxiolytiques. Parallèlement, depuis plusieurs années, différentes études ou sources de données ont montré une augmentation forte et constante des ventes de médicaments antidépresseurs. Si ces approches ont permis d'attester de la progression des volumétries de médicaments remboursés, elles restent peu informatives quant aux mécanismes de cette progression. L'apparition des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) a largement modifié les habitudes de prescriptions. La meilleure tolérance à court terme de ces produits, associée à une démarche promotionnelle forte (la fameuse « pilule du bonheur »), a sans aucun doute favorisé un recours plus fréquent aux prescriptions d'antidépresseurs. Et pourtant, avec un recul de plus de dix ans (la fluoxetine et la paroxetine sont remboursables en médecine de ville respectivement depuis 1988 et 1992), cet

1. Le rapport des Français et Européens à l'ordonnance et aux médicaments. Ipsos Santé, 2005

argument ne peut que difficilement être invoqué afin d'expliquer la persistance de l'augmentation actuelle.

Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge

S'il existe des différences entre la dépression et l'anxiété, l'efficacité des inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) dans le traitement des troubles de l'humeur et des troubles anxieux démontre clairement le chevauchement de ces deux types d'affections. En outre, une étude épidémiologique de l'Organisation mondiale de la santé (Sartorius *et al.*, 1996) a confirmé l'existence d'une association entre l'anxiété et la dépression.

Pour de simples raisons démographiques, la prise en charge de troubles d'une telle fréquence ne peut être réservée aux psychiatres. Son importance, du point de vue curatif et de la prévention secondaire, nécessite l'intervention en première ligne des médecins généralistes. Dans cette optique, il nous semble nécessaire de faire un point précis sur la question.

1 | DÉPRESSION

QUELQUES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

La dépression est l'une des affections psychologiques les plus fréquentes. Le taux de personnes dépressives dans la population française est d'environ 15 %, dont près d'un tiers n'est pas pris en charge médicalement. Une femme sur cinq serait touchée (Boyer *et al.*, 1999).

Le nombre de nouvelles dépressions déclarées a été multiplié par six depuis 1970. Entre 1992 et 2005, le taux de sujets dépressifs a particulièrement augmenté (de plus de 65 %) chez les jeunes adultes de 20 à 29 ans, touchés dans le même temps par une hausse de 20 % du chômage.

Le risque de présenter une dépression au cours de la vie varie, selon les études, de 10 à 25 % pour les femmes, et de 5 à 12 % pour les hommes.

La prévalence[2] annuelle de la dépression est estimée entre 3 et 10 % selon les études :

Tableau 1.I. *Prévalence sur 1 an de la dépression*

Pays *Référence*	*Année*	*Effectif*	*Prévalence sur 1 an (en %)*
USA *NCS*	1990-1992	8 098	10,3
USA *Hu*	2001	19 182	9,7
Europe *DEPRES*	1994-1995	78 463	9,1[1]
Nouvelle-Zélande *Joyce et al.*	1986	1 498	5,3
Canada *Patten et al.*	2005	4 742	5,2
France *Credes*	1996-1997	13 989	4,7

1. À ce chiffre s'ajoutent 1,5 % de dépressions mineures et 11,6 % de symptômes dépressifs.

En France, l'étude menée en population générale par le Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (Credes) en 1996-1997 indique une prévalence annuelle de la « dépression majeure » de l'ordre de

2. La prévalence annuelle est calculée en rapportant à la population totale le nombre de cas de dépression présents au cours de l'année (que le diagnostic ait été porté anciennement ou récemment).

4,7 %. Si l'on considère la prévalence vie entière, la dépression apparaît comme étant encore plus répandue : 17 % à 19 % de la population souffre d'un effondrement thymique nécessitant une prise en charge médicale au cours de la vie (Le Pape et Lecomte, 1999).

Une des enquêtes les plus importantes réalisées aux États-Unis à la fin des années 1980 sur l'épidémiologie des psychopathologies, *the Epidemiologic Catchment Area* (ECA), a permis d'estimer la prévalence et l'incidence des troubles dépressifs à partir d'un échantillon de 19 640 individus de 18 ans et plus, institutionnalisés (8 %) et non institutionnalisés (92 %) (Regier et Kaelber, 1995). Les résultats de cette étude ont mis en évidence que la prévalence au cours de la vie des troubles psychiatriques est de 32 % (36 % chez les hommes et 30 % chez les femmes). La prévalence au cours de l'année précédant l'interview est de 20 % chez les deux sexes. Les troubles les plus fréquents sont les phobies et l'abus/la dépendance à l'alcool, suivis de l'anxiété et de l'épisode dépressif majeur. La prévalence estimée de la dépression caractérisée au cours de la vie est de 2,6 % chez les hommes et de 7 % chez les femmes. Pour la population générale non institutionnalisée, la prévalence au cours de la vie est de 4,4 %, de 2,2 % au cours de six mois et la prévalence annuelle de 2,6 %.

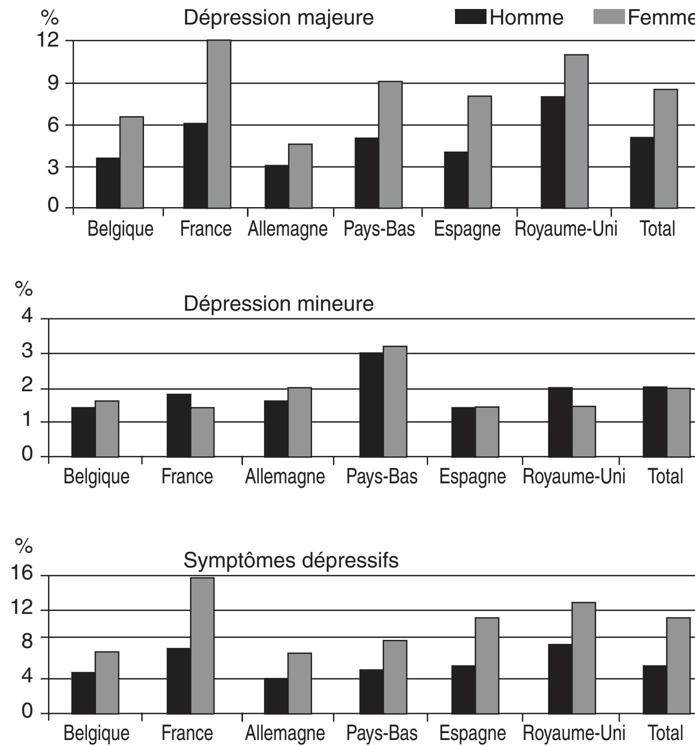
Dans l'étude *National Comorbidity Survey* (NCS) (Blazer *et al.*, 1994), menée entre 1990 et 1992 sur plus de 8 000 personnes de 15 à 54 ans représentatives de la population générale américaine, les chiffres concernant la dépression sont plus élevés que dans l'enquête ECA : la prévalence annuelle est de 10,3 %, avec un taux beaucoup plus élevé chez les femmes, et la prévalence au cours de la vie s'élève à 17,1 %.

Au niveau européen, l'étude *Depression Research in European Society* (DEPRES) menée en 1994-1995 dans six pays européens (Allemagne, Belgique, Espagne, France, Pays-Bas, Royaume-Uni), est l'une des plus importantes à ce jour (Lepine *et al.*, 1997). 78 463 personnes ont été interrogées pour savoir si elles ont souffert de dépression dans les six mois précédant l'enquête :

Tableau 1.II. *Prévalence sur six mois des troubles et symptômes dépressifs*

		Dépression majeure *(en %)*	***Dépression mineure*** *(en %)*	***Symptômes dépressifs*** *(en %)*	***Total*** *(en %)*
Belgique	8 076	5,0	1,5	5,7	12,2
France	14 517	9,1	1,7	11,6	22,4
Allemagne	16 184	3,8	1,9	5,6	11,3
Pays-Bas	7 811	6,9	3,0	6,5	16,4
Espagne	16 132	6,2	1,5	8,2	15,9
Royaume-Uni	15 743	9,9	1,7	10,4	22,0
Total	78 463	6,9	1,8	8,3	

Source : Étude DEPRES, 1994-1995.



Source : Étude DEPRES, 1994-1995.

Fig.1.1. Prévalence de la dépression par type et par sexe, Étude DEPRES, 1994-1995

Cette comparaison par pays nous montre que la France et le Royaume-Uni se situent en tête, avec des taux de prévalence de la dépression assez élevés (plus de 22 % pour l'ensemble des différents types de dépression et sexes confondus). D'une manière générale (tous les types de dépression et sexes confondus), l'Allemagne présente le taux de dépression le plus bas (11,3 %), suivi par la Belgique (12,2 %). Lors de l'observation des taux de dépression selon le type, les symptômes dépressifs apparaissent le plus fréquemment, suivis par la dépression majeure (caractérisée). L'importance relative varie selon les pays.

Une enquête prospective et transversale (NEMESIS), réalisée à Utrecht, aux Pays-Bas (Bijl *et al.*, 1997a), a interrogé, au cours de trois années (1996, 1997 et 1999), 7 079 adultes de 18 à 64 ans sur un éventuel antécédent de pathologie psychiatrique. Le trouble psychique le plus fréquemment retrouvé était la dépression (Bijl *et al.*, 1997b). Plus de 15 % des répondants présentaient un antécédent de dépression (10,9 % des hommes et 20,1 % des femmes). La

prévalence annuelle de la dépression était de 4,1 % chez les hommes et de 7,5 % chez les femmes. Ces résultats pour les Pays-Bas sont aussi élevés que ceux de l'étude DEPRES, bien que la période considérée ne soit pas identique dans les deux études (six mois pour DEPRES).

Tableau 1.III. *Prévalence selon le sexe, au cours de la vie, pendant une période de 12 mois et une période de 1 mois, de la dépression et de tous les troubles psychiatriques diagnostiqués (n = 7 079)*[1]

	Vie entière (en%)	*12 mois (en%)*	*1 mois (en%)*
Hommes			
Dépression	10,9	4,1	1,9
Troubles psychiatriques	42,5	23,5	15,9
Femmes			
Dépression	20,1	7,5	3,4
Troubles psychiatriques	39,9	23,6	17,0
Total			
Dépression	15,4	5,8	2,7
Troubles psychiatriques	41,2	23,5	16,5

Source : Prévalence (%) de la dépression par type et par sexe, Étude DEPRES, 1994-1995.

1. 46,7 % d'hommes et 53,3 % de femmes. Les données ont été pondérées pour le sexe, l'âge, l'état civil, l'urbanisation, de manière à être comparables aux données de la population générale des Pays-Bas.

LE DÉPRIMÉ FACE AU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Le patient consulte son médecin traitant avec un cortège de symptômes, et deux demandes bien précises :

Qu'est-ce que j'ai?

Est-ce grave ou pas?

Face à une douleur de la fosse iliaque droite, la possibilité d'une appendicite est immédiatement prise en compte, alors que face à une insomnie, une dépression est envisagée de façon moins urgente et plus rare. À l'heure actuelle, environ 30 % de la clientèle d'un médecin généraliste en pratique de ville ressentiraient des difficultés psychologiques, ou présenteraient des troubles psychiques isolés ou liés à des problèmes somatiques (Dinan, 1999). Selon les études épidémiologiques, la plupart des patients déprimés consultent en premier lieu un médecin généraliste. 70 % à 75 % des prescriptions d'antidépresseurs sont faites par des omnipraticiens. Cette « surreprésentation » peut s'expliquer en partie par le fait que les médecins généralistes diagnostiquent 73 % des dépressions, et les psychiatres libéraux 16 %. Les dépressions repré-

sentent près d'un quart des affections psychiques vues en médecine générale, et près d'un tiers en psychiatrie.

Le patient s'adresse plus fréquemment à son médecin généraliste par souci d'une démarche plus aisée et rapide.

➢ Aisée, car le patient peut voir son médecin de famille pour différentes raisons. Celles-ci pour la plupart ne sont pas strictement « médicales » au sens où elles ne correspondent pas à une réelle affection bien définie. Elles sont souvent polymorphes, indéfinissables, sinon ouvertement sociales. Le motif choisi par le patient peut être volontairement banal et évoquer indirectement l'existence d'une souffrance morale. C'est seulement en fin de consultation, au moment de sortir du bureau d'examen, que la personne interpelle : « Au fait, Docteur, j'aurais besoin d'un petit quelque chose pour m'aider à dormir. Depuis quelque temps, je sens que le soir ça va un peu moins bien, j'angoisse, j'ai envie de pleurer… ».

➢ Rapide, car c'est un médecin de proximité. Proche de son patient géographiquement, mais aussi affectivement : « Il me connaît bien, il a mon dossier, il connaît mon histoire, il soigne ma famille, etc. Je n'ai pas besoin de tout lui raconter, comme à un étranger[3]. »

En médecine générale, le domaine de la souffrance psychique est plus large que celui de la dépression au sens strict du terme. Les raisons qui conduisent à consulter sont très diverses : derrière la souffrance somatique se cache peut-être une souffrance psychique, et dernière celle-ci se cache peut-être une vraie dépression (D'Anjou, 2006 ; Coffigneau et Palazzolo, 2005). Cette dynamique qui se met en place entre le médecin traitant et son patient est bien entendu liée à la qualité de la relation médecin-malade.

La relation médecin-malade

La relation médecin-malade a été marquée par une profonde évolution au cours de ces dernières années. Elle est actuellement au centre des préoccupations politiques et sociales. La révolution des techniques de communication facilite l'accès à l'information médicale. Ce passage du « patient passif » au « consommateur de soin » bouleverse la relation médecin-malade. Celle-ci se décline essentiellement selon trois modèles : la relation paternaliste, le modèle consumériste nord-américain et le nouveau modèle intermédiaire (Cherrier et Palazzolo, 2006).

La relation paternaliste ou l'ancien modèle francais

Le modèle français est généralement réputé paternaliste. Ce modèle, *the paternalistic model*, est caractérisé par une communication essentiellement unilatérale et asymétrique du médecin vers le patient. L'information est « descendante », autoritaire, transmise d'une personne supposée savoir en direction d'une personne demandeuse. Le médecin doit fournir au malade

3. L'« étranger » étant le spécialiste.

l'information légalement requise sur les options de traitement pour obtenir un consentement éclairé. Ce modèle suppose que le médecin prenne la meilleure décision pour le patient. En conséquence, il n'existe pas de délibération entre les deux intervenants, et le praticien reste le seul décideur. La médecine française a fonctionné sur ce mode durant des décennies, particulièrement en psychiatrie où les patients peuvent présenter des facultés altérées par leurs troubles psychiques. Les principes de morale et de bienfaisance humanistes sont prioritaires. Ces principes légitiment une protection du patient affaibli et s'inscrivent dans une tradition de solidarité.

Néanmoins, il s'agit d'une médecine pouvant être perçue comme quelque peu infantilisante : « Faites-moi confiance, je sais ce qui est bon pour vous ! » est une phrase qui a été adressée à des générations de malades. Ce mode de relation évolue cependant du fait de la pression du patient-consommateur de soin, des associations de familles, et de la demande accrue de participation des usagers au processus thérapeutique. Le patient ne veut plus être traité en objet et en incapable majeur. Le principe du libre arbitre devient prédominant et fonde les bases de la relation médecin-malade. La légitimité de la protection du sujet affaibli laisse place au principe du respect de l'autonomie des personnes et de la liberté individuelle. L'évolution extrême d'une telle dynamique conduit au modèle qui prévaut en Amérique du Nord (Palazzolo et Lachaux, 2004).

Le modèle consumériste nord-américain

Dans ce modèle, médecin et malade interagissent sur un pied d'égalité, la recherche du consentement et le respect absolu des libertés individuelles constituant le fondement de leur relation. Le malade n'est plus un patient, mais un client. L'hospitalisation sans consentement ne peut être imposée que si le patient est dangereux pour autrui. La législation de certains États impose le recueil écrit du consentement par le sujet dans le cas de l'administration éventuelle d'un traitement antidépresseur. Dans un pays où les plaintes judiciaires et les poursuites à l'encontre des médecins sont banalisées et fréquentes, la relation thérapeutique est avant tout une relation de consommation. Le médecin, prestataire de service, adopte plutôt une position défensive face à un patient-consommateur de soin potentiellement plaignant et accusateur. L'information et la communication s'inscrivent dans un processus d'évitement, avec la crainte d'un éventuel procès. Dans cette pratique, la prescription d'un traitement est réalisée avec l'énoncé des effets secondaires, à court et moyen termes. Pour les praticiens américains, les dyskinésies dues aux antidépresseurs tricycliques ont causé de multiples actions en justice, malgré une prescription bien moindre qu'en Europe. Cette réduction au risque thérapeutique de l'information médicale constitue donc une protection du médecin. De plus, les praticiens américains sont tenus d'informer leurs patients des diverses solutions alternatives, et il est vivement conseillé d'énoncer le diagnostic d'épisode dépressif majeur en s'appuyant sur les critères du DSM IV (*American Psychiatric Association*, 1996). Par ailleurs, le patient américain conserve un droit de propriété sur l'information contenue dans son dossier, son accès et sa photocopie sont libres.

Le nouveau modele de la relation medecin-malade

En France, la relation paternaliste se transforme depuis ces vingt dernières années, sous l'impulsion des évolutions sociales, déontologiques, des obligations juridiques et législatives d'information. Cette dynamique française est également européenne, influencée par les pays d'Europe du Nord attachés à la liberté de l'individu et de son libre arbitre, et où l'incapacité à être informé et à donner un consentement fait exception (Palazzolo, 2003a).

Le modèle de la décision partagée, le *shared decision-making model*, constitue un modèle intermédiaire entre la relation paternaliste et la relation consumériste américaine. Il dépasse la relation asymétrique de domination ou de pouvoir. Ce modèle se caractérise en trois points :

➢ l'information bilatérale. Le médecin apporte sa connaissance au patient et celui-ci informe le médecin de ses préférences ;

➢ le processus de délibération. La discussion, caractérisée par l'interaction, concerne les options de traitement, les deux parties s'efforçant d'arriver à un accord ;

➢ la décision de traitement. Elle implique au moins deux décideurs, le médecin et le patient.

Le malade n'est plus un patient mais un usager du système de soin.

La participation à la décision médicale du patient lui procure certains bénéfices. La diminution de son anxiété et l'amélioration de sa satisfaction résultent de cette meilleure communication avec le praticien. De nombreux auteurs ont ainsi montré qu'un partenariat médecin-malade efficace améliorait les résultats thérapeutiques obtenus. Ce modèle de la décision partagée semble répondre aux attentes des patients en matière d'information médicale. La littérature est unanime sur ce point : le patient désire être informé.

En France, l'article L. 1111-7 du code de la santé publique pose le principe de l'accès au dossier médical. Celui-ci doit comprendre des informations « formalisées et qui ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé ». Deux conditions cumulatives sont exigées :

➢ l'information doit être formalisée, exigence qui tend à limiter le dossier aux véritables bases de travail des professionnels de santé ;

➢ les informations qui figurent dans le dossier médical doivent :
- ✓ soit être des informations utiles au traitement et à son évolution,
- ✓ soit avoir fait l'objet d'un échange écrit entre professionnels.

Il s'agit donc pour le médecin de faire figurer au dossier tout ce qui présente une certaine formalisation et une certaine utilité au traitement.

Le désir d'information des patients et de leurs familles

Comme l'a récemment rappelé le président du Conseil national de l'Ordre des médecins : « À la suite des États Généraux de la santé, les patients ont manifesté la volonté d'être plus participatifs et respectés comme des personnes, ce

qui paraît tout à fait normal. Ils ont également exprimé le souhait d'être mieux informés ».

Enquêtes sur le désir d'information des patients

Ce désir d'information concerne aussi bien la nature, la cause, la sévérité de la maladie que les programmes thérapeutiques, les résultats des tests diagnostiques, l'évolution et le pronostic (voir Annexe 2). Les résultats montrent que plus de 90 % des patients préfèrent que l'ensemble des données sur leur état, bonnes ou mauvaises, leur soit transmis. Toutes les études réalisées sur le sujet à l'aide d'un questionnaire spécifique soulignent l'envie des patients de plus d'informations détaillées que possibles sur leur maladie et leur traitement (score moyen de 89, sur un intervalle de 0 à 100).

Dans le domaine de l'information du conjoint et des enfants, 76 % des patients souhaitent une accessibilité totale des renseignements, qui leur ont été délivrés, à leurs proches, tandis que 11 % préfèrent la délivrance d'une information plus évasive. Dans le cas d'une pathologie grave, 53 % des malades souhaitent que leurs proches disposent des mêmes données qu'eux, 30 % préfèrent être plus informés que leur famille et 11 % refusent que l'entourage soit informé (Cherrier et Palazzolo, 2006).

Selon un sondage réalisé par la Fondation des hôpitaux de Paris, le défaut d'information des soins dont le patient a pu bénéficier au cours de son hospitalisation fait partie des principaux sujets de mécontentement. 50 % des sujets interrogés réclament une amélioration de l'information et de la qualité de l'écoute (Palazzolo, 2003b).

Le rôle croissant des associations d'usagers en France

Il est également important de signaler le rôle croissant joué par les associations d'usagers en France. Des associations de malades et familles de malades atteints du sida, comme AIDES ou Act-up, ont été les premières – aidées par une large médiatisation – à la fin des années 1980, à largement influencer les représentants politiques et sociaux. Elles ont initié un changement dans la dynamique d'information du patient et souligné la place active que celui-ci pouvait tenir dans le processus de soin.

Les associations d'usagers et de familles se sont également développées dans le domaine de la dépression et des autres affections psychiques. Ainsi, la Fédération nationale des associations d'(ex)patients en psychiatrie (Fnap Psy) regroupe d'anciens patients psychiatriques désireux de faire bénéficier les personnes souffrant de troubles psychiques de leur expérience.

À la suite des États généraux de la santé, les associations d'usagers demandent à ce que « toute personne soit associée en continu à tous les processus concernant sa santé, et notamment aux décisions de prévention, de diagnostic et de soin qui la concernent ».

L'une des associations les plus actives à ce propos est sans doute l'Union nationale des familles et amis de malades psychiques (Unafam). Lors du VIIIe colloque de l'Association nationale des hospitaliers pharmaciens et

psychiatres (ANHPP), son vice-président a précisé les attentes des familles à propos des données inhérentes à la maladie et aux médicaments en psychiatrie. Il réclame une information médicale précise, démystificatrice, à laquelle pourraient avoir accès le patient mais également les familles. Celles-ci auraient par ce moyen la possibilité de mieux comprendre le sujet malade et de développer un partenariat avec les soignants.

Les associations d'usagers dépassent de par leur fonction le simple rôle consultatif. Elles ont des représentants dans les Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP), créées par la loi du 27 juin 1990, en charge d'examiner les protestations des patients séjournant librement ou sous contrainte en hôpital psychiatrique. La création des CDHP résulte du respect et de la protection des droits des individus, en dépit des limites imposées par la maladie. Ces commissions constituent une forme de contre-pouvoir des usagers face au système médical.

Les comportements de recherche d'information des patients

Au vu du désir affirmé des patients d'obtenir autant de renseignements que possible, il est intéressant d'observer dans le cadre de la relation médecin-malade le comportement généralement adopté à cette fin par ceux-ci. En effet, la communication soignant-soigné a plusieurs objectifs, dont l'échange d'informations, au sein duquel se distinguent celles données par le médecin de celles recherchées par le malade.

Le désir intense d'information, exprimé par les patients lors des enquêtes, ne se traduit pas toujours par une recherche active de renseignements lors de la rencontre avec le praticien. Beisecker et Beisecker (1990) ont tenté d'identifier les facteurs susceptibles d'influencer la communication médecin-malade. À partir d'un échantillon de sujets en rééducation, ces auteurs montrent que la demande des patients concernant un nombre élevé de données médicales est très forte, mais que « cela ne se traduit pas uniformément par des comportements de recherche d'information lors de l'interaction soignant-soigné ». Ils soulignent que « les facteurs contextuels qui entourent l'interaction soignant-soigné expliquent mieux les comportements de recherche d'information que les caractéristiques sociodémographiques des patients…, voire le médecin consulté ». En effet, « la durée de l'interaction, le diagnostic, la raison spécifique de la visite ont un impact important sur la teneur des commentaires faits par le patient au médecin, commentaires relatifs à sa recherche d'information ». Les auteurs ajoutent que l'attitude des malades, plus ou moins active, n'influe de manière significative la teneur de l'échange que si l'interaction soignant-soigné dure suffisamment longtemps (19 minutes au moins).

Si d'un côté les patients déclarent désirer être informés, et de l'autre, ne recherchent pas l'information auprès des médecins, cela s'explique peut-être par leur position de vulnérabilité. Cette vulnérabilité résulte notamment de la maladie dont ils souffrent, d'autant plus s'il s'agit d'une dépression qui altère leurs fonctions cognitives ou leur détresse psychique. Elle peut également être majorée par l'attitude des médecins, qui parfois sous-estiment un tel besoin d'information.

Il semble donc important de savoir rester accessible au malade, voire de l'aider à entrer en contact avec le spécialiste et à formuler sa demande d'information.

La nécessité d'informer

Dans leur pratique médicale, les cliniciens sont de plus en plus sensibilisés aux difficultés et aux implications de l'évolution de la relation médecin-malade. Il est à ce titre intéressant de souligner toute la particularité et la richesse de la relation thérapeutique instaurée avec des patients en connaissance de leur diagnostic et impliqués dans leur traitement. Et ce particulièrement dans le domaine de la dépression.

Le fondement de l'activité médicale s'établit sur un statut dérogatoire qui affirme la légalité de l'exercice clinique en permettant de porter atteinte à l'intégrité du corps humain à la seule condition d'un intérêt thérapeutique. L'information est le préalable indispensable au consentement du patient qui autorise la réalisation des soins. Le malade n'est pas un sujet passif, mais bien un interlocuteur devant disposer de l'ensemble des données qui lui sont nécessaires.

Légalement et déontologiquement, l'information est une obligation. Elle doit être loyale, claire, appropriée, autrement dit adaptée au patient et à ses capacités. Cette obligation est également imposée aux hôpitaux, pour lesquels la qualité de l'information délivrée aux malades fait partie des critères d'accréditation.

L'évolution juridique reflète l'évolution sociale. Un fossé se creuse entre les souhaits de la société et les règles acceptées par le corps médical. Les principes juridiques régissant l'activité médicale actuelle s'organisent selon quatre dimensions :

➢ le passage de la contractualisation à l'obligation de résultat en termes de qualité, de sécurité et de gestion des risques ;

➢ le passage du règne du paternalisme – marqué par une logique d'assistance aux patients et par leur consentement implicite – à une relation médecin-malade définie par le partenariat et l'explicite du consentement ;

➢ le passage de la faute au risque dans la gestion de l'aléa thérapeutique ;

➢ le passage de la culpabilité à la responsabilité. La nécessité d'une faute pour prétendre à l'indemnisation du préjudice n'est plus indispensable.

Les revirements de la loi renforcent la position de l'individu en majorant l'importance de l'information et du consentement. Le statut de patient objet du soin laisse place à un statut d'individu aux droits et aux libertés pleinement affirmés.

Dans le cadre de ce nouveau partenariat s'affirme la volonté d'un nouvel équilibre des pouvoirs et des savoirs entre médecins et malades. Le consentement suppose deux conditions pour le patient. Celui-ci doit être à la fois apte à comprendre ce qui lui est annoncé et être autonome dans sa volonté et ses décisions. En définitive, l'information, indispensable fondement du consentement constituant l'articulation de la relation médecin-malade, concerne le sujet dans sa globalité, le psychisme étant à la fois l'objet du soin et le support du consentement à ce dernier.

La prise en compte de la souffrance

La qualité de la relation médecin-malade permet au médecin d'affiner le diagnostic le plus probable. Le praticien doit être capable d'identifier les ruptures du lien social, les conflits profondément déstructurants, les événements et traumatismes sociaux, les sentiments de culpabilité anxiogènes.

Répercussions familiales, sociales et professionnelles

Le retentissement social, professionnel et familial de la dépression est particulièrement important (Pyne *et al.*, 1997).

❒ Sur le plan familial

L'impact de la dépression est présent à différents moments de l'évolution de la maladie :

➢ au début de la maladie, la famille et l'entourage ne sont pas sensibilisés à reconnaître les symptômes de la dépression. Ils ignorent ce qui se passe et attribuent les modifications de l'état de la personne dépressive à un manque de volonté ;

➢ lorsque la dépression connaît une évolution chronique, la maladie peut revêtir l'aspect de véritables troubles de personnalité auxquels la famille et les amis doivent s'adapter.

La dépression d'un membre de la famille est un élément déstabilisant. Chez les conjoints, il peut exister une importante détresse psychologique (plus fréquente chez les femmes que chez les hommes) et des troubles de la sexualité. Chez les enfants, il est difficile de faire la part entre la composante psychologique et les aspects environnementaux, mais plusieurs auteurs signalent que les enfants de parents dépressifs présentent un risque plus élevé de dépression ou d'autres problèmes psychiatriques. Par ailleurs, l'image que donne un parent dépressif peut avoir des répercussions sur l'affectivité de l'enfant et sur sa scolarité (Palazzolo, 2006d).

Morose, irascible, renfermé, un membre de la famille est dépressif. Sans cesse fatigué, il broie du noir et n'a plus confiance en lui. Quelle attitude adopter? Compassion, assistance, sollicitude, accompagnement? Comment les proches eux-mêmes peuvent-ils rester suffisamment solides pour le soutenir? Comment réagir pour l'aider de manière adaptée?

Une personne dépressive perd confiance en elle, se dévalorise et culpabilise, ce qui renforce d'autant plus son état d'abattement. Le dépressif porte alors une sorte de filtre devant les yeux, filtre assimilable à ceux utilisés par les photographes. Le filtre du dépressif ne laisse passer que les éléments négatifs. François, qui souffre de dépression, a gagné un million d'euros au loto et a perdu son hamster dans la même journée. Si on lui demande de faire le bilan des dernières vingt-quatre heures, il répondra, entre deux sanglots, qu'il a perdu son hamster.

Il est donc important, dans un tel contexte, de donner aux proches quelques conseils :

LES CONSEILS À DONNER AUX PROCHES D'UNE PERSONNE DÉPRESSIVE

• Éviter de culpabiliser le malade. Abolissez toute leçon de morale, toutes les phrases du type : « Tu t'écoutes trop ! » ou « tu commences à m'énerver, avec ton attitude de légume ! ». Ces affirmations, à l'effet dévastateur sur la personne dépressive, accentuent son sentiment de culpabilité. Si vous adoptez un tel discours, votre conjoint/votre parent/votre ami perdra confiance en vous, risquant de se replier un peu plus sur lui-même.

De plus, lorsqu'il vous parle de sa vision des choses, il est inutile d'évoquer la logique ou le raisonnable. N'oubliez pas que la dépression est une maladie. Votre proche en est la victime et non pas l'acteur.

• Prendre la souffrance au sérieux. Surtout ne la banaliser pas. Inutile de lui dire : « Ça n'est pas grave ! », ou encore « tout le monde a des problèmes ! » La personne dépressive nécessite que sa souffrance soit prise au sérieux. Votre présence doit être rassurante. Sans glisser avec elle dans une vision morbide du monde environnant, accompagnez-la sans la bousculer. Vous devez lui faire comprendre qu'elle n'est pas responsable de son état, et que vous le savez. Faites-lui admettre que sa maladie est guérissable. Proposez-lui de consulter un médecin, d'en parler à un psychiatre ou à un psychologue.

• Privilégier un entourage positif. Les personnes dépressives ont tendance à voir tout en noir. Elles ont une vision négative d'elles-mêmes, du monde environnant, du passé et de l'avenir. Aidez-les en leur montrant le côté positif de chaque chose et en les rassurant sur leurs capacités personnelles. Essayez de préserver votre propre enthousiasme afin de le leur faire partager.

• Garder le contact avec ses proches. De nombreuses personnes dépressives se coupent de leur entourage, ont tendance à s'isoler. Elles pensent que leur dépression doit rester secrète, elles éprouvent de la honte à parler de leur maladie. En réalité, maintenir un lien avec ses parents, ses amis, et faire part de ses troubles à des proches est une aide précieuse.

• Rester vigilants concernant son propre moral. Les proches de personnes dépressives ont eux aussi besoin d'être soutenus. Ils ressentent une profonde souffrance à l'idée de ne pas rendre leur conjoint/leur parent/leur ami heureux. Souvent, ils en viennent à se persuader d'être eux-mêmes responsables de la maladie. N'hésitez donc pas vous aussi à rechercher de l'aide : vous ne pourrez soutenir une personne dépressive si vous-même avez besoin de soutien !

❒ Sur le plan social et professionnel

Au travail, la personne dépressive éprouve des difficultés de concentration entraînant accidents de travail et baisse de rendement professionnel. La fréquence des arrêts de travail chez les patients déprimés illustre bien l'impact de cette affection sur la vie professionnelle.

Plusieurs études montrent que près de la moitié des sujets déprimés présentent des difficultés professionnelles (absentéisme, baisse de productivité,

problèmes avec les collègues). Le Bureau international du travail (BIT) a d'ailleurs examiné les relations entre dépression et travail. Après avoir étudié six pays (France, Allemagne, États-Unis, Finlande, Royaume-Uni et Pologne), le rapport constate notamment que l'anticipation du départ à la retraite pour cause de dépression est de plus en plus courante (Shields, 2006). Il souligne également que les traitements antidépresseurs (médicamenteux et psychothérapeutiques) ont alors un impact positif sur le travail.

Répercussions sur la qualité de vie

Bien que la qualité de vie reliée à la santé ne soit pas facile à évaluer, prenant en compte une série de paramètres qui diffèrent selon les individus et selon leur culture, plusieurs instruments permettent de l'apprécier. La plupart de ces instruments incluent des items relatifs aux symptômes comme la douleur, la fatigue, des questions sur le statut fonctionnel, psychologique et les performances par rapport aux activités normales.

Les troubles mentaux perturbent en général la vie des personnes touchées et de leur famille. Ils constituent dans les pays développés une des principales causes de la charge globale de morbidité (Paykel, 1994).

Selon l'Organisation mondiale de la santé, 1/5 de toutes les causes de handicap sont relatives aux maladies psychiatriques, et en premier lieu à la dépression et à l'anxiété. En effet, la dépression est une maladie qui peut être de longue durée, à caractère récurrent et chronique. Parmi les troubles mentaux, la dépression est la principale cause de DALY[4] (*Disability-Adjusted Life Years*) chez les femmes, et la seconde chez les hommes (Wang *et al.*, 2006).

Les problèmes quotidiens engendrés par la dépression sévère sont la baisse de l'humeur, la fatigue, les problèmes de sommeil et la souffrance psychique. Plusieurs études mettent en évidence une diminution de la qualité de vie chez les personnes atteintes de dépression. Cependant, les études réalisées sur la qualité de vie des patients abordent plus souvent les conséquences directes de la dépression sur le fonctionnement de la personne (symptômes, effets secondaires dus aux traitements) plutôt que l'impact indirect de la symptomatologie dépressive (perturbation de la vie familiale, professionnelle…). Et pourtant, en pratique clinique, une telle identification sera le premier pas de la « procédure de retissage du lien social », complément du traitement médicamenteux et du soutien psychothérapeutique. Pour le médecin, parler uniquement du traitement ou de la psychothérapie, c'est se réduire à un rôle où il détiendrait toutes les ficelles.

Le patient, comme sujet et acteur dans son environnement naturel, doit, au-delà de l'observance ou de sa participation motivée au suivi, rester maître du jeu de sa vie qu'il sent basculer. À travers lui le médecin s'appuie sur l'entou-

---

4. Une unité de DALY (en français « année de vie corrigée pour l'incapacité ») représente une année de vie en bonne santé qui est perdue. Le nombre de DALY prend en compte non seulement le nombre de décès, mais aussi l'impact sur une population de décès prématurés et des incapacités.

rage, qui, au quotidien, possède une influence négative ou positive sur l'évolution clinique (Olivero et Palazzolo, 2005).

FAIRE LE DIAGNOSTIC

Quand peut-on parler de dépression ?

Faire le diagnostic différentiel

Tous les sentiments de peine ne sont pas des dépressions. La dépression se distingue de la tristesse par l'incapacité de la personne à se réjouir et par le fait d'éprouver de grandes difficultés dans la prise d'une décision. Ainsi, par exemple, tôt le matin, le sujet dépressif ne sait pas s'il doit se lever ou rester couché. Il peut donc passer plusieurs heures au lit, réveillé, angoissé, n'arrivant pas à affronter la journée commençante.

Cette distinction entre tristesse et dépression peut s'observer lors de la participation à l'enterrement d'un défunt dont le deuil nous touche relativement peu. Les proches parents, pourtant effondrés autour de la tombe, une heure plus tard au cours du repas de funérailles, arrivent à sourire, voire à rire à l'évocation du défunt ou d'une anecdote de sa vie. Une telle attitude n'est pas envisageable chez un individu dépressif, incapable de ressentir du plaisir ou de la satisfaction. Ses émotions positives sont « engourdies », c'est ce que l'on appelle l'*anhédonie*. Par ailleurs, alors que les personnes dépressives ne parviennent généralement pas à organiser leurs pensées, les sujets en deuil arrivent à prendre des décisions rapides et claires très peu de temps après le décès, afin d'organiser l'héritage ou les funérailles par exemple.

Définition de la dépression

Selon le *Dictionnaire médical* de Masson, la dépression est une « condition émotionnelle caractérisée par une altération de l'humeur, retentissement psychomoteur avec tristesse ».

Le DSM-IV définit ainsi l'épisode dépressif majeur :

« La caractéristique essentielle de l'épisode dépressif majeur est une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités, persistant au moins deux semaines. Chez l'enfant ou l'adolescent, l'humeur peut être plutôt irritable que triste. Le sujet doit de surcroît présenter au moins quatre symptômes supplémentaires compris dans la liste suivante : changement de l'appétit ou du poids, du sommeil et de l'activité psychomotrice ; réduction de l'énergie ; idées de dévalorisation ou de culpabilité ; difficultés à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions ; idées de mort récurrentes, idées suicidaires, plans ou tentatives de suicide. Pour être pris en compte pour un épisode dépressif majeur, un symptôme doit être nouveau ou avoir subi une aggravation évidente par rapport à la situation du sujet avant l'épisode. Les symptômes doivent être présents pratiquement toute la journée, presque tous les jours pendant au moins deux semaines consécutives.

L'épisode doit être accompagné d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants. Lors d'épisodes moins sévères, le fonctionnement de certains sujets peut paraître normal au prix d'efforts notablement accrus.

Au cours d'un épisode dépressif majeur, l'humeur est souvent décrite par le sujet comme triste, déprimée, sans espoir, sans courage ou « au trente-sixième dessous ». Dans certains cas, la tristesse peut être niée au premier abord mais être secondairement mise en évidence lors de l'entretien (par exemple en faisant remarquer qu'il/elle paraît être sur le point de pleurer). Chez les sujets se plaignant d'un sentiment de « vide », de ne rien ressentir ou de se sentir anxieux, la présence d'une humeur dépressive peut être déduite à partir de l'expression faciale et du comportement. Certains sujets mettent l'accent sur des plaintes somatiques (par exemple souffrance et douleurs corporelles) plutôt que sur leur sentiment de tristesse. Nombreux sont ceux qui présentent ou rapportent une irritabilité accrue (par exemple une colère persistante, une tendance à répondre aux événements par une crise de colère ou en blâmant les autres, ou encore des sentiments de frustration démesurés pour des problèmes mineurs). Chez les enfants et les adolescents, une humeur irritable, extravagante peut se développer, plutôt qu'une humeur triste ou découragée. On doit différencier cette présentation d'un mode de réaction irritable à la frustration de type « enfant gâté ».

La perte d'intérêt et de plaisir est pratiquement toujours présente, au moins à un certain degré. Certains sujets rapportent une diminution de leur intérêt pour les loisirs « qui ne leur disent plus rien », ou n'éprouvent plus aucun plaisir pour des activités antérieurement considérées comme agréables. Les membres de la famille remarquent souvent un retrait social ou une désaffection pour des distractions agréables (par exemple un joueur de golf fanatique qui arrête de jouer ; un enfant qui avait l'habitude de prendre plaisir à jouer au football trouve des excuses pour ne plus jouer). Chez certains sujets, on retrouve une diminution marquée des intérêts ou du désir sexuel, par rapport au niveau antérieur.

L'appétit est habituellement diminué, et de nombreux sujets ont l'impression d'être obligés de se forcer pour manger. D'autres, en particulier parmi les patients ambulatoires, peuvent présenter une augmentation de l'appétit et ressentir un désir intense pour certains aliments (par exemple sucreries et autres hydrates de carbone). Quand les changements d'appétit sont sévères (en plus ou en moins), il peut exister une perte ou un gain de poids significatif ou, chez l'enfant, l'impossibilité d'atteindre le poids normal pour l'âge.

Le trouble du sommeil le plus fréquemment associé à l'épisode dépressif majeur est l'insomnie. L'insomnie du milieu de la nuit (c'est-à-dire réveil durant la nuit et difficultés à se rendormir) ou l'insomnie du matin (c'est-à-dire réveil précoce et impossibilité de se rendormir) sont typiques. Une insomnie d'endormissement (c'est-à-dire difficultés à s'endormir) peut également se produire. Plus rarement, certains sujets présentent une hypersomnie sous la forme d'un sommeil nocturne prolongé ou d'une augmentation du sommeil diurne. Les troubles du sommeil sont parfois la raison de la demande de soins.

Les modifications psychomotrices comprennent une agitation (par exemple impossibilité de rester assis, déambulation, tortillement des mains, manipulation et friction de la peau, des vêtements ou d'autres objets) ou un ralentissement (par exemple lenteur du discours, de la pensée, des mouvements, augmentation du temps de pause avant de répondre, diminution du volume, de la modulation de la voix, de la quantité ou de la variété du contenu du discours, voire mutisme). L'agitation psychomotrice ou le ralentissement doit être assez sévère pour être observable par les autres et ne pas représenter seulement un sentiment subjectif.

Une diminution de l'énergie, une lassitude et une fatigue, est fréquente. Une fatigue continue, sans rapport avec un effort physique, peut être rapportée. Les tâches les plus simples exigent un effort substantiel. L'efficience dans l'accomplissement des tâches peut être réduite, un individu peut se plaindre que sa toilette et l'habillage du matin sont épuisants, et qu'ils prennent deux fois plus longtemps que d'habitude.

La dévalorisation ou la culpabilité associée à l'épisode dépressif majeur peut comprendre une évaluation négative non réaliste de l'utilité du sujet, voire un sentiment de culpabilité ou des ruminations sur des erreurs passées mineures. Fréquemment, ces sujets interprètent à tort des événements neutres ou triviaux comme la preuve d'une déficience personnelle, et ont un sentiment exagéré de responsabilité par rapport à des événements fâcheux. Ainsi, un agent immobilier peut développer des idées d'auto-accusation parce qu'il ne réalise pas de vente alors qu'il existe une baisse générale du marché et que d'autres agents sont eux aussi incapables de réaliser des ventes. La dévalorisation et la culpabilité peuvent atteindre une dimension délirante (par exemple un sujet convaincu qu'il est responsable de la pauvreté dans le monde). À moins d'être délirant, le fait de se reprocher d'être malade ou de ne pas assumer ses responsabilités professionnelles ou interpersonnelles, qui est très fréquent dans les états dépressifs, n'est pas considéré comme suffisant pour répondre à ce critère.

De nombreux sujets rapportent une altération de leur capacité à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions. Ils peuvent être aisément distraits ou se plaindre de troubles de la mémoire. Des difficultés de concentration même légères peuvent empêcher les universitaires ou ceux qui ont une activité professionnelle intellectuelle très exigeante d'assurer leur travail de façon adéquate (par exemple un programmeur informatique ne peut plus réaliser les tâches complexes qu'il assurait auparavant). Chez l'enfant, une chute rapide des notes peut refléter une concentration difficile. Chez les sujets âgés présentant un épisode dépressif majeur, les troubles de la mémoire peuvent être la plainte principale, et ne doivent pas être confondus avec des signes de démence (on parle alors de « pseudo-démence »). Quand l'épisode dépressif majeur est traité avec succès, les difficultés de mémoire disparaissent souvent complètement. Cependant, chez certains individus âgés, un épisode dépressif majeur peut parfois venir révéler une démence irréversible.

Les idées de mort, l'idéation suicidaire ou les tentatives de suicide sont fréquentes. Ces idées vont de la croyance que les autres seraient mieux si l'on était mort aux idées de suicide transitoires mais récurrentes, à de véritables

plans spécifiques sur la façon de commettre un suicide. La fréquence, l'intensité, la létalité potentielle de ces pensées peuvent être très variables. Les sujets moins gravement suicidaires peuvent rapporter des idées transitoires (une à deux minutes) et récurrentes (une ou deux fois par semaine). Les sujets plus gravement suicidaires peuvent s'être procurés de quoi commettre l'acte suicidaire (par exemple une corde ou une arme), et peuvent avoir identifié le lieu et le moment où ils seront isolés des autres afin d'accomplir leur suicide. Bien que ces comportements soient statistiquement associés avec les tentatives de suicide et permettent d'identifier un groupe à risque élevé, de nombreuses études ont montré qu'il n'était pas possible de prédire avec précision si et quand une tentative de suicide allait être commise par un sujet déprimé. Les motivations pour se suicider peuvent comprendre le désir de « laisser tomber » devant des obstacles considérés comme insurmontables, ou une envie de mettre fin à un état émotionnel vécu par le sujet comme une douleur intolérable et sans fin.

Le niveau d'altération fonctionnelle associée à l'épisode dépressif majeur est variable, mais même en cas de sévérité légère il doit exister une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

Si l'altération est sévère, le sujet peut perdre toute possibilité de fonctionnement social ou professionnel. Dans des cas extrêmes, le sujet peut être incapable de prendre soin de lui-même (par exemple se nourrir ou s'habiller seul), ou de conserver un minimum d'hygiène personnelle.

Un interrogatoire soigneux est essentiel pour mettre en évidence les symptômes d'un épisode dépressif majeur. Les réponses du sujet peuvent être altérées par des difficultés de concentration, des troubles de la mémoire, une tendance à nier, à sous-estimer ou à expliquer autrement les symptômes. D'autres sources d'information peuvent être extrêmement utiles pour éclaircir l'évolution d'un épisode dépressif majeur présent ou passé. L'épisode dépressif majeur pouvant se développer progressivement, une évaluation centrée sur la période la plus sévère de l'épisode actuel permet de détecter plus facilement l'existence des symptômes. Évaluer la présence des symptômes d'un épisode dépressif majeur est particulièrement difficile lorsqu'ils surviennent chez un sujet souffrant d'une affection médicale générale (par exemple cancer, accident cardiovasculaire, infarctus du myocarde, diabète). Parmi les critères d'un épisode dépressif majeur, certains symptômes sont identiques à ceux d'une affection médicale générale (par exemple perte de poids chez un diabétique non traité ou fatigue chez un patient atteint d'un cancer). De tels symptômes doivent être pris en compte pour le diagnostic d'épisode dépressif majeur sauf s'ils sont, à l'évidence, complètement expliqués par l'affection médicale générale. Ainsi, on ne doit pas prendre en compte pour le diagnostic d'épisode dépressif majeur une perte de poids chez un sujet souffrant de colite ulcéreuse qui a des selles nombreuses et une alimentation restreinte. À l'inverse, en cas d'infarctus du myocarde récent, si une tristesse, une culpabilité, une insomnie ou une perte de poids sont présentes, ces symptômes seront pris en compte dans le cadre d'un épisode dépressif majeur car ils ne sont pas clairement et entièrement expliqués par les

conséquences physiologiques d'un infarctus du myocarde. De même, on ne prend pas en compte pour le diagnostic d'épisode dépressif majeur les symptômes clairement dus à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur (par exemple une perte de poids de 30 kg chez un sujet qui ne mange pas dans le cadre d'un délire d'empoisonnement).

Par définition, un épisode dépressif majeur n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance donnant lieu à abus (par exemple en cas d'intoxication par l'alcool ou de sevrage à la cocaïne), aux effets secondaires de médicaments ou de traitements (par exemple stéroïdes) ou à l'exposition à une substance toxique. De même l'épisode n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale (par exemple une hypothyroïdie). Enfin, lorsque les symptômes débutent au cours des deux mois suivant la perte d'un être cher et ne persistent pas après ces deux mois, on considère en général qu'ils font partie du deuil, sauf s'ils sont associés à une altération fonctionnelle marquée ou s'ils comprennent des préoccupations morbides de dévalorisation, des idées suicidaires, des symptômes psychotiques ou un ralentissement psychomoteur. »

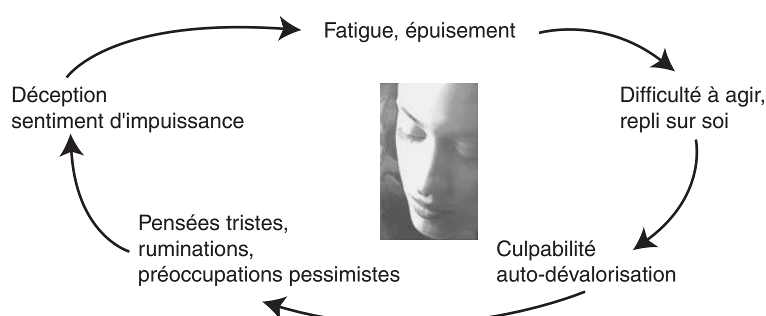


Fig. 1.2. Les symptômes de la dépression.

En résumé

En pratique, il est important de retenir deux critères principaux pour pouvoir parler de dépression :

LES DEUX CRITÈRES PRINCIPAUX DE LA DÉPRESSION

- la durée : les symptômes doivent être présents pendant au moins deux semaines consécutives;
- l'intensité : l'épisode doit être accompagné d'une souffrance marquée et/ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

Composante bio-psycho-sociale de la dépression

Un diagnostic est généralement effectué en médecine générale sur la base de la « parcimonie ». Une cause unique et bien définie est alors recherchée à l'origine de l'ensemble des symptômes présentés par le malade. Dans le domaine des affections psychologiques, la démarche est différente. Il est rare en effet que le tableau présenté ne soit lié qu'à une seule cause. Ainsi, peut-être que Frédéric, qui souffre de dépression depuis un mois, en plus d'avoir perdu son chien, présente des antécédents familiaux de trouble de l'humeur, consomme régulièrement de l'alcool et a été licencié sous peu. L'environnement agit sur nous et détermine notre manière de fonctionner et de réagir aux événements qui jalonnent notre existence.

De plus, l'être humain est un organisme complexe, dont la santé mentale varie en fonction de réactions biochimiques du cerveau. Nous sécrétons continuellement des neurotransmetteurs qui véhiculent des informations d'un groupe de neurones à un autre. Une altération du taux de certains neurotransmetteurs, tels que la sérotonine ou la noradrénaline, est mise en évidence lors d'une dépression. Les antidépresseurs prescrits ont d'ailleurs pour rôle de réguler les taux de ces neurotransmetteurs.

L'approche du clinicien ne peut donc se limiter à l'environnement ou au simple diagnostic. Le patient doit être considéré dans sa globalité. L'intervention doit s'envisager à plusieurs niveaux, et prendre en compte les interactions entre émotions, comportements et pensées, ainsi que leurs relations avec l'environnement et les facteurs biologiques. Les interventions thérapeutiques portent sur chacun des niveaux de ce système :

Connaître le fonctionnement d'une cellule du foie ne permet pas de comprendre l'action de cet organe dans sa globalité. De la même manière, connaître la dynamique d'un groupe ne permet pas de comprendre la réaction individuelle de chacun de ses membres. Le schéma ci-dessus montre bien que le patient dépressif ne peut être traité qu'en le considérant au centre d'un réseau d'interactions multiples. Une dépression peut avoir une composante biologique (un taux de sérotonine et de noradrénaline abaissé), une compo-

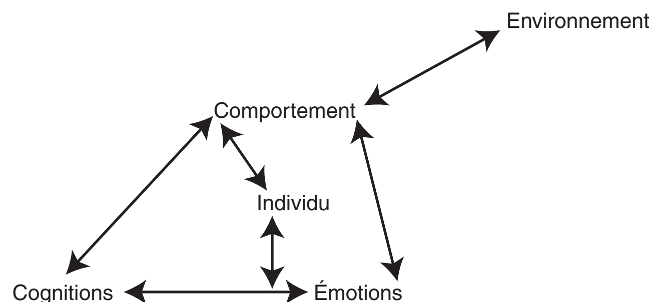


Fig. 1.3. Interactions bio-psycho-sociales dans la dépression (d'après Cottraux, 2004).

sante psychologique (une personnalité fragile) et une composante sociale (un isolement affectif). Le trouble de l'humeur doit donc être considéré comme *bio-psycho-social.* Et chacune de ces trois composantes nécessite un traitement particulier. Ainsi, suivre une thérapie n'entraîne pas l'arrêt de la prise de comprimés, bien au contraire ! De nombreuses études montrent que le « tout psychothérapique » ou que le « tout médicamenteux » donnent de plus mauvais résultats que l'association de ces deux modes de prise en charge (et nous ne visons pas là certains psychothérapeutes qui, dans une démarche qualifiable « d'extrémiste », incitent leurs patients à arrêter le traitement en cours).

Une dépression peut donc être traitée grâce à la prescription d'un antidépresseur (agissant sur la composante biologique, sur l'aspect *bio*) associée à une thérapie (agissant sur la composante psychologique, sur l'aspect *psycho*) et à la participation à un groupe de parole (agissant sur la composante sociale, l'aspect *social*).

Sur le plan clinique, la dépression doit être envisagée comme le résultat de l'interaction d'un ensemble de facteurs biologiques, psychologiques, et sociaux.

❐ Facteurs biologiques

Depuis une soixantaine d'années, de nombreuses études tendent à prouver l'existence d'une vulnérabilité génétique (héréditaire) vis-à-vis de la dépression. Selon la thèse de Hankin et Abramson (1999) en particulier, divers travaux portant sur des jumeaux homozygotes et hétérozygotes adoptés par des familles différentes et sur des enfants adoptés issus de parents biologiques atteints d'une dépression aboutissent à cette conclusion. Cette thèse de vulnérabilité biologique étaye la théorie bio-psycho-sociale. Elle est de plus en plus reconnue, et il me semble nécessaire de garder cet élément. Attention : la dépression n'est pas une maladie héréditaire, mais selon cette théorie c'est la vulnérabilité qui est héritée.

Par ailleurs, à chaque état psychologique correspond un état physiologique. Nous sommes habitués à considérer cet aspect pour le stress, par exemple, que nous relions à une poussée d'adrénaline. Cela fait partie du langage populaire. De nombreuses études ont montré la présence de différentes dysfonctions neurobiologiques chez les sujets déprimés (Schotte *et al.*, 2006). Mais si, les taux de sérotonine et de noradrénaline sont perturbés dans la dépression, l'aspect physiologique n'est pas pour autant nécessairement « la cause » du trouble de l'humeur. Il est reconnu maintenant que ce trouble émane d'un cercle vicieux où chaque facteur influence et aggrave l'autre : les pensées négatives ont pour effet d'abaisser l'humeur, ce qui entraîne fort probablement un certain déséquilibre dans la chimie du cerveau.

❐ Facteurs psychologiques

Les aspects biologiques, cognitifs, émotionnels et comportementaux du fonctionnement humain sont en constante interaction. Une modification de n'importe lequel de ces aspects a un impact sur les autres. Lorsqu'une

personne est dépressive, elle a tendance à voir la réalité de façon plus négative. En retour, cette interprétation plus négative amplifie les émotions dépressives (Palazzolo, 2005b et 2006a).

Les interprétations négatives de la réalité et les émotions dépressives influencent le comportement de l'individu (entraînant par exemple de la passivité), ce qui, en retour, a un impact sur les pensées et les émotions. Par ailleurs, la dépression se développe habituellement en réaction à un stresseur (événement problématique, situation douloureuse) dont la vulnérabilité diffère selon l'individu. (Livingston *et al.*, 2000).

Ainsi, beaucoup de gens déprimés ont l'impression que leur vécu est si désagréable ou inacceptable que la dépression est normale ou inévitable. Selon l'approche cognitive, la réalité elle-même ne rend pas dépressif, mais uniquement son interprétation ou son évaluation, qui déterminent les états émotifs et les comportements. Plusieurs points méritent à ce propos d'être abordés :

➢ Les interprétations négatives de la réalité. Selon Beck (2005), la personne dépressive a tendance à devenir moins objective, à se penser elle-même, à évaluer son environnement et son avenir de façon négative et pessimiste. Elle se trouve inapte, incapable, indésirable ou indigne. Elle perçoit le monde extérieur comme trop hostile, exigeant, rempli d'obstacles insurmontables. Elle croit que le futur ne lui réserve que déceptions, difficultés, échecs et rejets. Le manque de réalisation en période de dépression sert à alimenter cette perception : « Je ne suis pas à la hauteur, c'est trop difficile, il n'y a rien qui ce débloque, je ne m'en sortirai jamais ! » Cette perception des choses peut conduire à des idées suicidaires, car en définitive : « À quoi bon ? »

➢ Les croyances. L'évaluation d'une situation et de sa capacité à y faire face est influencée par des postulats, ou des croyances de base. Ces croyances sont souvent inflexibles et inconditionnelles. Elles se développent tôt dans la vie, le plus souvent dans l'enfance, à partir d'expériences personnelles, de l'influence des parents et du milieu (la religion par exemple) et sont souvent non reconnues par le sujet. En voici quelques exemples :

- ✓ je dois toujours réussir, être le meilleur. Je ne peux me permettre une erreur ;
- ✓ si je fais une erreur, cela prouve mon incompétence. Je suis ce que j'accomplis. Je dois réussir dans la vie pour être quelqu'un. Ma réussite financière mesure ma valeur ;
- ✓ je ne peux pas être heureux si je ne réalise pas mes désirs, mes ambitions, si je perds mes acquis ;
- ✓ je dois toujours être aimé de tout le monde, compris par tout le monde, approuvé ;
- ✓ il est important de donner une bonne image en toutes circonstances ;
- ✓ s'occuper de soi, c'est égoïste et synonyme de paresse ;
- ✓ je ne pourrai jamais me débrouiller tout seul. Je ne supporte pas la solitude ;
- ✓ je suis sans attrait pour les autres.

Les croyances, à la base d'interprétations biaisées de la réalité, ne respectent pas les règles de la pensée rationnelle. Ces interprétations cohérentes par rapport aux croyances sont illogiques par rapport à l'environnement. Elles

font que les croyances inadaptées se maintiennent en étant régulièrement confirmées. Voici quelques exemples de ces interprétations biaisées :

➢ La pensée dépressive dichotomique. Les choses sont noires ou blanches, bonnes ou mauvaises. La personne ne peut vivre qu'un succès, ou un échec complet. Par exemple : « Si je ne suis pas le meilleur alors je suis nul, et ma vie est un échec », « si je fais garder mes enfants, je ne les élève pas moi-même, je les néglige, je suis une mauvaise mère… »

➢ L'abstraction sélective. La personne dépressive a tendance à ne remarquer et à ne tenir compte que des faits confirmant ses croyances. Elle peut ainsi se concentrer sur un détail négatif, malgré un ensemble globalement positif. Par exemple, elle donne beaucoup d'importance à une critique sans conséquence, alors même que l'ensemble de sa hiérarchie est satisfait, ou encore elle considère qu'elle ne traverse que des épreuves alors même qu'elle est aimée de ses proches, en bonne santé, etc.

➢ La maximalisation des erreurs et la minimalisation des réussites. Les points forts de la personne et ses réussites sont considérés sans importance, alors que les difficultés et les échecs prennent une place démesurée.

➢ La surgénéralisation. À partir d'un seul incident la personne tire une conclusion de portée générale. Par exemple, suite à un échec à un examen, la personne dépressive se persuade d'être bête et de ne jamais arriver à rien, ou encore suite à une simple erreur, elle se pense incapable de mener un projet à bien, etc.

➢ L'inférence arbitraire. Cette erreur logique, l'une des plus fréquentes dans la dépression, consiste à tirer des conclusions sans preuve, sans donné suffisante permettant la vérification des faits. Par exemple, la personne dépressive pense, de manière arbitraire, être aimée de personne, se dire nulle, sans intérêt, etc.

❒ Facteurs sociaux et événements de vie

Dans le cadre du diagnostic et de la prise en charge d'une dépression, les facteurs sociaux tiennent une place prépondérante. Ainsi, par exemple, la perte d'un proche a toujours été considérée comme un événement de vie favorisant les épisodes dépressifs. Les premières études portant sur les facteurs sociaux en lien avec la dépression ont évalué la fréquence des épisodes dépressifs suite au décès du conjoint (Gorwood, 1995). Les pertes de proches sont plus fréquentes dans les populations de déprimés avant leur hospitalisation, mais les études de cohorte ultérieures et les études contrôlées ont montré que ces différences ne sont pas significatives.

L'analyse du rôle des événements de vie s'est alors portée sur les pertes de manière plus générale, qu'elles soient « réelles », « potentiellement stressantes » ou « symboliques » (les pertes symboliques pouvant alors rappeler une perte plus ancienne, précipitant ainsi la dépression sur un terrain fragilisé).

Estimant réducteur de ne prendre en considération que la dimension « perte » dans les événements de vie stressants, de nombreux auteurs se sont intéressés à ceux plus spécifiquement « indésirables », nécessitant un changement adaptatif non désiré au départ. Les résultats de ces études datant des années 1970 sont variables : entre 1/5 et 4/5 des patients ont vécu un événement de vie

stressant avant l'épisode dépressif. Parker *et al.* (1985) ont montré ultérieurement que les déprimés vivent trois fois plus d'événements de vie stressants que les témoins. Ceux-ci s'articulent autour de tensions familiales et professionnelles, de maladies et/ou de séparations.

Les études réalisées par l'équipe de Brown (1988) présentent l'intérêt d'être menées en population générale, et d'ainsi recueillir toutes les formes de dépressions (mineures incluses). Mais en fait, ces travaux connaissent certaines limites, puisqu'en définitive les résultats concernent principalement une population à haut risque dépressif. Ainsi, l'analyse de 458 femmes vivant dans la banlieue de Camberwell, banlieue défavorisée au sud de Londres, a montré que 68 % des femmes déprimées ont vécu un événement indésirable dans les trois semaines précédant leur dépression, contre seuls 30 % des témoins sur la même période». Ainsi, l'analyse de 458 femmes vivant dans une banlieue défavorisée au sud de Londres (Camberwell) a montré que 68 % des femmes déprimées ont vécu un événement indésirable dans les trois semaines précédant leur dépression, contre seuls 30 % des témoins sur la même période.

L'importance du réseau social (présence ou non d'un conjoint, conjoint considéré comme un confident ou non) a été soulignée dans une autre étude, menée par la même équipe et réalisée à Islington sur 356 femmes au foyer, de milieu ouvrier, ayant un enfant à charge (Brown *et al.*, 1994). Il s'agissait d'un suivi sur un an, séparant les femmes vivant seules de celles vivant avec un conjoint. Les auteurs montrent l'existence d'un surcroît d'événements de vie stressants dans les semaines précédant la dépression. L'analyse plus fine de ces événements permet de souligner que les pertes par décès (d'un proche), par disparition d'une idée chère (par exemple, la fidélité du mari) ou une perte financière (par exemple, de biens matériels) étaient retrouvées avec la même fréquence dans les deux cas parmi les événements de vie stressants avant la dépression. La perte peut donc être considérée quel que soit le réseau social comme une dimension clé dans le stress vécu par les futurs déprimés.

Cela dit, il est difficile de savoir si les dépressions précédées par des événements stressants sont de meilleur ou de moins bon pronostic. Si pour Tennant *et al.* (1981) la présence de tels événements améliore le taux de rémission à un mois, Parker *et al.* (1988) retrouvent quant à eux un lien significatif entre la survenue d'une «rupture de relation intime» dans l'année précédente, et une évolution positive à six et vingt semaines. Quoi qu'il en soit, il s'agit d'études en population générale ne pouvant être extrapolées aux états dépressifs majeurs suivis en psychiatrie et/ou nécessitant la prescription d'antidépresseurs (Harkness et Monroe, 2006). De plus, certains types d'événements de vie, définis comme étant des événements «positifs», «neutralisants», ou «de nouveau départ» («*fresh start events*»), voire permettant une réduction du niveau des difficultés durables éprouvées par les sujets, paraissent susceptibles de favoriser la rémission de l'accès dépressif. Tennant *et al.* (1981) ont ainsi montré que les sujets en rémission après un mois de suivi prospectif présentaient trois fois plus d'événements «neutralisants» que les cas non améliorés ou que les sujets sains.

Parker *et al.* (1985) ont montré, quant à eux, que la survenue d'événements « positifs » au cours des six premières semaines du suivi prédisait une évolution favorable à six semaines et à vingt semaines, et la survenue d'événements « neutralisants » au cours de la même période était prédictive d'une telle évolution à la vingtième semaine. À partir d'une étude prospective d'un an, réalisée auprès de 353 femmes résidant à Islington, Brown *et al.* (1988) ont montré que la baisse du score global de difficulté, ou la survenue d'un événement réducteur d'une difficulté particulière, est significativement liée à l'amélioration clinique (69 % de rémissions dans ce cas contre 29 % dans le cas contraire). De même, la survenue d'événements « nouveau départ » est significativement liée à l'amélioration clinique (73 % de rémissions dans ce cas contre 38 % dans le cas contraire).

Enfin, il est possible de distraire une personne en deuil, mais pas un dépressif. Inutile donc de reprocher à ce dernier son incapacité à se changer les idées. Cela ne ferait que renforcer chez lui un sentiment de culpabilité et d'impuissance (Mirowski et Ross, 1992).

Un contexte particulier : le trouble bipolaire

Tout individu a des changements d'humeur. Les périodes de tristesse ou de déception sont des réactions naturelles aux difficultés du cours de l'existence. La perte d'un être cher, des problèmes au travail ou la détérioration d'une relation sont tous des éléments susceptibles d'être à l'origine d'une baisse de moral. À l'inverse, un succès retentissant ou la résolution d'un problème rendent la personne heureuse et satisfaite.

Les humeurs ont tendance à varier mais, de manière générale, le sujet a le sentiment d'en avoir le contrôle. Cependant, pour certaines personnes souffrant de trouble bipolaire, ce sentiment de contrôle est inexistant et engendre une importante détresse. Le trouble bipolaire, également appelé psychose maniaco-dépressive, est une maladie entraînant l'alternance d'épisodes thymiques entrecoupés de phases de rémission (Palazzolo, 2005c). Il s'agit d'une pathologie débutant chez l'adulte jeune, pathologie marquée par la sévérité et la fréquence des rechutes, le taux de suicide élevé (19 % des sujets bipolaires selon Goodwin et Jamison [1990]), les faillites sociales, conjugales et professionnelles, la comorbidité alcoolique, l'abus de substances et l'importance des actes médico-légaux. Le traitement préventif repose an niveau pharmacologique sur les traitements thymorégulateurs, sur un suivi régulier et le respect de règles d'hygiène de vie, décrites dans les programmes de psychoéducation.

Les facteurs psychosociaux et les événements de vie jouent indéniablement un rôle fondamental dans le déclenchement des rechutes (Hardy-Bayle, 1997). Les patients bipolaires ont une vulnérabilité biologique particulière au stress qui aboutit à un processus auto-entretenu. Post (1986) est l'un des premiers à avoir conceptualisé le rôle des événements de vie stressants à l'origine du trouble bipolaire puis son caractère récurrent. Dans sa théorie du « *kindling* » (embrasement), il souligne l'accélération des cycles avec le temps et le caractère de moins en moins aigu des stress à l'origine de la récidive. Ceci peut

expliquer le fait que certains patients rechutent malgré une bonne observance médicamenteuse. D'autres sont moins compliants, alors même qu'une meilleure observance leur permettrait probablement d'éviter un certain nombre de rechutes. Pour certains auteurs, une mauvaise conscience du trouble serait la première cause de non-compliance chez les sujets bipolaires (Keck *et al*., 1997).

Différents troubles bipolaires

Les troubles bipolaires sont divisés en trois groupes (Akiskal, 1995) :

➢ Les troubles bipolaires de type I comportent une succession d'épisodes maniaques francs, nécessitant une hospitalisation, et d'épisodes dépressifs pouvant être d'intensité modérée, et n'entraînant pas nécessairement de séjour institutionnel :

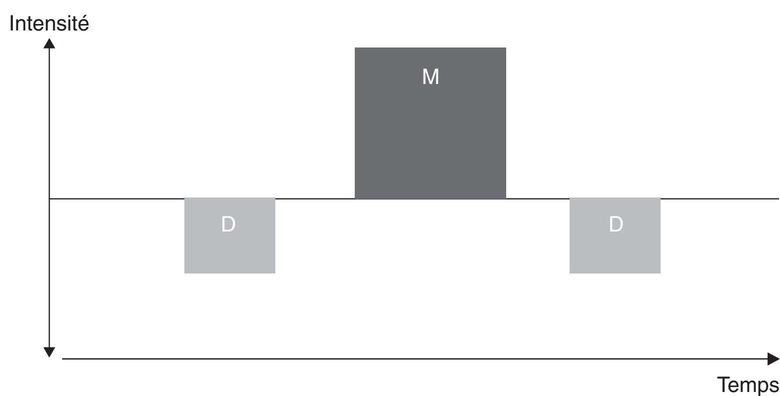


Fig. 1.4. Les troubles bipolaires de type I
Succession d'épisodes maniaques francs et d'épisodes dépressifs pouvant être d'intensité modérée dans le trouble bipolaire de type I.

➢ Les troubles bipolaires de type II associent pour leur part la présence d'épisodes hypomaniaques (modérés) d'au moins quatre jours, sans hospitalisation nécessaire, et d'épisodes dépressifs francs, requérant la plupart du temps une prise en charge hospitalière :

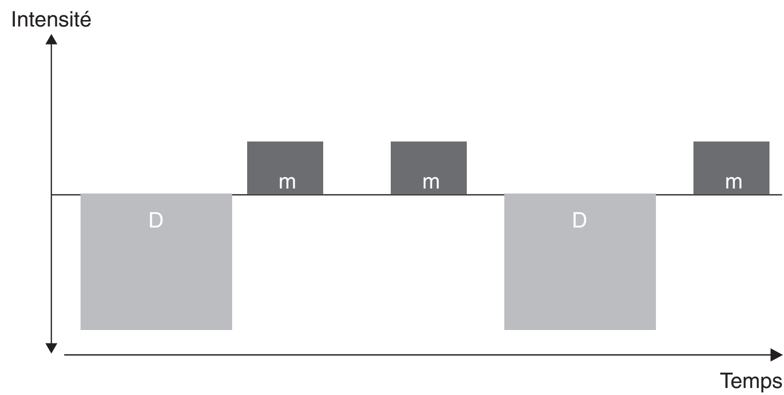


Fig. 1.5. Les troubles bipolaires de type II
Succession d'épisodes hypomaniaques (d'au moins 4 jours) et d'épisodes dépressifs francs dans le trouble bipolaire de type II.

➢ Les troubles bipolaires de type III impliquent quant à eux la présence d'épisodes dépressifs récurrents (pseudo-unipolaires), épisodes associés à :
- ✓ des antécédents familiaux de bipolarité ;
- ✓ et/ou des épisodes (hypo) maniaques pharmacologiquement induits ;
- ✓ et/ou un tempérament hyperthymique.

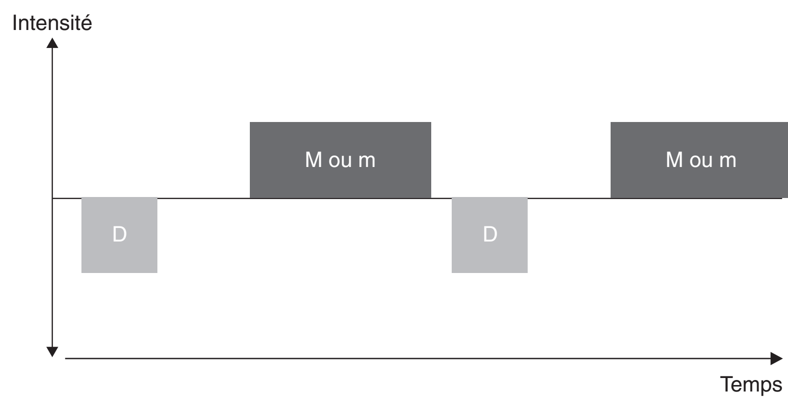


Fig. 1.6. Les troubles bipolaires de type III
Succession d'épisodes dépressifs récurrents et de virages de l'humeur suite à l'introduction d'un antidépresseur dans le trouble bipolaire de type III.

Diagnostiquer les troubles bipolaires

Selon le DSM-IV, le trouble bipolaire est défini à partir du moment où un premier épisode maniaque est mis en évidence, voire lors de la survenue d'un accès hypomaniaque ou mixte avec des antécédents d'un épisode affectif, la nature de ce dernier n'important pas.

La durée minimale d'un épisode maniaque est d'une semaine (toute autre durée pouvant être prise en compte à partir du moment où une hospitalisation est nécessaire). Son intensité doit être telle qu'une altération du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles soit notée, qu'une hospitalisation s'impose, ou bien qu'il existe des caractéristiques psychotiques.

La durée minimale d'un épisode hypomaniaque est de quatre jours, et son intensité n'entraîne pas de dysfonctionnement marqué sur le plan professionnel ou social, n'impose pas d'hospitalisation et ne donne pas lieu à d'éventuelles caractéristiques psychotiques.

Un épisode mixte, réunissant des symptômes dépressifs et maniaques, nécessite une persistance d'une semaine pour être ainsi défini par le DSM-IV.

La CIM-10 (OMS, 1992) définit quant à elle le trouble bipolaire par la survenue d'au moins deux épisodes affectifs, dont un (hypo) maniaque ou mixte. La persistance de la symptomatologie pendant plus d'une semaine est requise pour le diagnostic d'un accès maniaque, alors que pour l'épisode hypomaniaque la durée doit être d'au moins plusieurs jours consécutifs.

Les troubles bipolaires sont définis en fonction des caractéristiques de la dernière décompensation thymique : maniaque, hypomaniaque, dépressive, mixte, avec ou sans symptômes psychotiques.

La comorbidité est fréquente dans les troubles bipolaires. De nombreux auteurs ont en effet constaté des associations non négligeables avec un trouble anxieux (trouble panique, anxiété généralisée), un abus de substances (alcoolisme, toxicomanie), un trouble de la personnalité, une maladie somatique (le plus fréquemment l'hypothyroïdie, mais aussi des affections neurologiques comme la sclérose en plaques, voire un retard mental, un traumatisme crânien ou une épilepsie temporale) (Hardy, 1995 ; Sasson *et al.*, 2003).

Les pièges diagnostiques et les tableaux cliniques particuliers

La dépression peut être source d'errance diagnostique, car elle peut se présenter sous diverses formes, chacune ayant des symptômes légèrement différents. Il est important que le diagnostic soit précis, les différentes formes de dépression ne répondant pas toutes aux mêmes traitements.

Dépression typique, dépression atypique

En plus d'afficher une symptomatologie révélatrice, les personnes présentant une dépression typique souffrent par ailleurs de troubles du sommeil (insomnie d'endormissement, réveil précoce, voire éveils multiples) et d'une

diminution d'appétit associée à un amaigrissement. La matinée est généralement la période la plus difficile à affronter de la journée.

Les sujets souffrant de symptômes atypiques présentent également ceux de la dépression majeure. Néanmoins, ils ont tendance à manger et à dormir excessivement (hypersomnie, hyperphagie). La soirée est la période de la journée la plus difficile à appréhender. Alors qu'une personne dépressive typique ne réagit habituellement pas beaucoup aux stimulations de l'environnement, la dépressive atypique se caractérise par une importante réactivité. Ainsi, cette dernière pourra répondre positivement à un événement agréable, comme la visite d'un proche, mais se montrera vite accablée lors de la disparition de la source du plaisir. Ces sautes d'humeur peuvent être très difficiles à vivre pour le sujet concerné et les membres de sa famille (Sadek et Bona, 2000; Forsell, 2007).

La dépression saisonnière

Le retour à l'heure d'hiver marque, pour les souffrants de dépression saisonnière, le début d'une période difficile caractérisée par un manque d'énergie, une plus grande fatigue, une nécessité supplémentaire de sommeil et une baisse d'activité.

15 % à 25 % de la population ressentiraient ces symptômes à un niveau variable pendant les mois d'automne et d'hiver dont 4 % à 6 % pour qui la sévérité des symptômes constituerait une véritable dépression saisonnière. Les femmes sont trois à quatre fois plus touchées que les hommes.

La dépression saisonnière est vraisemblablement due à un déséquilibre biochimique, impliquant la mélatonine, amenée par le raccourcissement des journées et le manque de lumière en hiver. La principale caractéristique de cet épisode de dépression majeure est de survenir chaque année à la même période.

Les symptômes de dépression saisonnière font généralement leur apparition en octobre (parfois en septembre) et disparaissent en général en avril ou mai.

Les symptômes fréquemment présents sont une humeur dépressive, un manque d'énergie, une tendance à l'hypersomnie, une augmentation de l'appétit, une diminution de l'intérêt et de la motivation. D'autres symptômes fréquemment présents sont une plus grande tendance à l'anxiété, une difficulté de concentration, une diminution de la libido, un gain de poids et une plus grande irritabilité.

Le diagnostic de dépression saisonnière est porté si les symptômes ont été présents au moins deux hivers consécutifs avec rémission (guérison) complète en été.

Le manque de lumière est considéré comme la cause principale de la dépression saisonnière, bien que les mécanismes exacts soient encore mal compris. Il entraînerait une variation de la production de la mélatonine et de l'activité reliée à la sérotonine. La mélatonine, hormone impliquée dans la régulation de l'humeur et des rythmes biologiques, est sécrétée par la glande pinéale la nuit, de sa tombée jusqu'au moment où, au matin, la lumière du jour frappe la

rétine de l'œil. La diminution du temps d'ensoleillement amène donc une hausse de la production de mélatonine, entraînant des changements au niveau de l'humeur, de l'énergie, du besoin de sommeil et de l'appétit (Palazzolo, 2006c).

La dépression du post-partum

Pour une femme, mettre un enfant au monde est une expérience très intense, tant du point de vue physique qu'émotionnel. Il est donc naturel, pour un bon nombre de nouvelles mères, d'éprouver des sautes d'humeur après l'accouchement, se sentant heureuses et tristes par moments. Ces sentiments sont parfois appelés « baby blues » ou « syndrome du troisième jour ». Dans la plupart des cas, ils disparaissent dans les dix jours suivant l'accouchement. Néanmoins, certaines femmes les éprouvent d'une manière plus profonde et continue. Il s'agit alors d'une dépression du post-partum.

❒ Symptômes de la dépression du post-partum

Le « baby blues » qui caractérise le comportement de certaines jeunes mamans avec leur entourage est bien connu. Il apparaît quelques jours après l'accouchement et touche près d'une femme sur deux. Il disparaît rapidement, avec son cortège de troubles émotionnels : irritabilité, pleurs, grande fatigue, humeur changeante, sentiment d'insatisfaction, etc.

La dépression du post-partum, vécue par environ 10 % des jeunes accouchées est, quant à elle, moins connue. Elle peut prendre des proportions insoupçonnées : dépression profonde, idées suicidaires, voire délire. Contrairement au « baby blues », il s'agit d'une affection grave et durable, qui se traduit par un mal de vivre persistant dominé par l'angoisse, le désespoir, l'épuisement, un sentiment de dévalorisation et l'impossibilité d'établir avec son enfant une relation satisfaisante.

Les premières mentions de la dépression du post-partum remontent au IVe siècle avant Jésus-Christ. Malgré cela, cette dépression n'est toujours pas reconnue comme une maladie à part entière et continue parfois à être mal diagnostiquée. Elle se soigne pourtant avec succès, la précocité du diagnostic augmentant l'efficacité du traitement.

Il est donc important d'identifier et de reconnaître les symptômes d'une dépression du post-partum le plus tôt possible. Cela peut s'avérer difficile, car les sentiments dépressifs sont souvent accompagnés de sentiments de peur intenses et irrationnels. La jeune maman peut craindre de perdre la tête ou d'être considérée par les autres comme inapte à être mère.

Les femmes atteintes d'une dépression du post-partum peuvent avoir le sentiment d'être de mauvaises mères, et hésiter à demander de l'aide. Parfois même, les troubles peuvent être dissimulés, femme et mère signifiant encore trop souvent dans notre société femme accomplie avec devoir d'être heureuse. La jeune maman en proie à des difficultés émotionnelles est amenée à juger sa dépression en termes moraux et non sous l'aspect de la maladie. Elle pense être une mauvaise mère, incapable d'éprouver le moindre plaisir à s'occuper de son bébé, submergée par la fatigue et l'anxiété.

La plupart des études montrent que les dépressions représentent environ 40 % des hospitalisations psychiatriques dans les premiers mois du post-partum. Ces accès dépressifs majeurs ont un début souvent précoce, dans les premières semaines qui suivent l'accouchement, avec une symptomatologie d'allure souvent stuporeuse ou confusionnelle, mais rapidement la symptomatologie dépressive prend le dessus.

❒ Facteurs de la dépression du post-partum

Les causes sont multiples, et difficiles à isoler. Il peut s'agir de facteurs physiques, biologiques et/ou psychosociaux liés à cette période exigeante de la grossesse. Il est possible que la maladie soit liée à certaines carences nutritionnelles ou à des déséquilibres métaboliques. De même, les changements hormonaux peuvent contribuer à la survenue de la dépression (la production de progestérone chute immédiatement après la délivrance, et la fin de l'allaitement entraîne une diminution de sécrétion de prolactine).

Sur le plan psychologique, les facteurs sont complexes. L'arrivée d'un nouveau-né entraîne des changements : adaptation à la présence, au rythme et aux exigences du bébé, bouleversements dans la vie quotidienne. En outre, la grossesse est une période qui favorise la résurgence de traumatismes infantiles, amenant certaines mères à revivre des situations difficiles de leur propre enfance. Ainsi, une femme ayant un passé conflictuel avec sa mère a plus de risques de développer une dépression.

En définitive, il n'existe pas d'élément déclencheur unique. La dépression du post-partum résulte de nombreux facteurs complexes. Il est toutefois important de dire aux femmes souffrant d'une dépression du post-partum qu'elles n'en sont pas la cause directe.

Un fait est certain. Les femmes qui ont connu un épisode de dépression avant leur grossesse sont plus à risque de souffrir d'une dépression du post-partum. Il est donc nécessaire que les femmes dans cette situation en discutent avec leur médecin afin de recevoir un traitement adéquat le cas échéant. De plus, 10 à 35 % des femmes victimes d'une dépression du post-partum connaîtraient ultérieurement une récurrence de la symptomatologie dépressive (Palazzolo, 2007).

Le nombre de jours de congés maladie pris pendant la grossesse et la fréquence des consultations médicales peuvent être des signaux d'alerte. Les femmes qui prennent de nombreux rendez-vous avec leur médecin et qui s'arrêtent fréquemment de travailler pour raison de santé au cours de leur grossesse se sont avérées être les plus susceptibles d'éprouver une dépression du post-partum. Le risque augmente par ailleurs chez les femmes ayant subi plus de deux avortements, et chez celles ayant des antécédents de complications obstétricales.

D'autres facteurs augmentant le risque de dépression du post-partum sont le syndrome prémenstruel, une relation difficile avec le conjoint, un soutien affectif de mauvaise qualité et la présence d'événements stressants pendant la grossesse ou après l'accouchement.

Dans ce contexte, il est important de souligner le rôle préventif du médecin en charge de la grossesse. Il peut ainsi détecter une éventuelle altération de l'humeur, traiter la patiente avant l'accouchement (ou adresser au psychiatre pour avis) et optimiser la surveillance ultérieure.

La dépression avec symptômes psychotiques

Dans certains cas, la dépression peut devenir grave au point que la personne affectée perde le sens des réalités et présente une symptomatologie psychotique. Cette dépression entraîne une rupture avec la réalité et l'apparition d'un délire (avec des perceptions sans fondement). Elle est alors intense, vécue avec un sentiment de douleur morale, et caractérisée par un ralentissement psychomoteur majeur. Cette dépression profonde est marquée par :

➢ une inhibition psychomotrice (perte de l'initiative, ralentissement psychomoteur, parfois état de stupeur, etc.) ;

➢ une douleur morale intense avec désespoir, anxiété majeure et autodépréciation ;

➢ des idées délirantes portant généralement sur le thème de l'indignité, de la culpabilité, de la ruine… ;

➢ un risque suicidaire élevé.

La dépression masquée

Cette forme de dépression se manifeste essentiellement par des symptômes attirant l'attention sur un organe bien précis. Elle n'est pas reconnue par la personne, convaincue de n'être victime que de troubles physiques. Probablement perçoit-elle inconsciemment sa dépression comme honteuse admettant plus facilement des symptômes physiques que des manifestations psychiques. La personne atteinte de ce type de dépression a tendance à exprimer davantage que les autres sa souffrance morale au moyen de son corps (Yang et Dunner, 2001).

La dépression est littéralement « maquillée » en une maladie du corps. Les plaintes du sujet peuvent alors être très variées : maux de tête, fatigue générale, fatigue musculaire, troubles de la sensibilité, douleurs abdominales, troubles digestifs divers, diminution de la libido, etc. Néanmoins, ces symptômes sont généralement plus flous que ceux d'une véritable maladie physique.

Dans le même temps, la personne prétend ne pas avoir de raison de se sentir triste. Mais malgré les apparences, certains signes peuvent guider l'entourage sur la piste de la dépression : le sujet s'isole, manque d'initiative et oublie des tâches quotidiennes.

Parfois, la personne dépressive peut apparaître tout à fait enjouée aux yeux de ses proches, mais à y regarder de plus près, elle a un comportement peu habituel. Ainsi, certains comportements peuvent être considérés comme des « équivalents dépressifs » :

➢ une conduite dangereuse (rouler sans casque à moto à plus de 150 km/h), un comportement à risque (relations sexuelles sans préservatif avec partenaires multiples), une tendance aux accidents (Palazzolo et Roure, 2004) ;

➢ un comportement marqué par l'impulsivité (fugues, violence…) ;
➢ un comportement masochiste (la personne cherche à se faire du mal) ;
➢ des troubles alimentaires (anorexie, boulimie) ;
➢ un alcoolisme et/ou d'autres dépendances (drogues dures, cannabis, médicaments…) (Palazzolo, 2006e) ;
➢ un refus d'aller à l'école et des notes brutalement en baisse chez les enfants.

Dans de tels cas de figure, certains signes peuvent alerter :

Tableau 1.IV. *Les signes de la dépression masquée*

<table>
<tr><th>Signes Affectifs</th><th>Signes Physiques</th><th>Signes Psychiques</th><th>Signes Cognitifs</th></tr>
<tr><td>Humeur triste</td><td>Troubles du sommeil</td><td>Désintérêt</td><td>Troubles de la concentration</td></tr>
<tr><td>Autodépréciation</td><td>Troubles de l'appétit</td><td>Désespoir</td><td rowspan="4">Troubles mnésiques</td></tr>
<tr><td>Sentiment d'inutilité</td><td>Perte de l'énergie</td><td rowspan="3">Idées suicidaires</td></tr>
<tr><td>Anhédonie</td><td>Diminution de la libido</td></tr>
<tr><td>Indifférence affective</td><td>Ralentissement psychomoteur</td></tr>
<tr><td>Angoisse</td><td>Agitation</td><td>Pensée circulaire centrée sur une idée anxiogène</td><td>Troubles de la concentration</td></tr>
</table>

La dysthymie

La dysthymie est un état dépressif chronique caractérisé par des symptômes modérés de dépression, tels que le manque d'appétit ou l'hyperphagie, l'insomnie ou l'hypersomnie, la baisse d'énergie et l'asthénie, la piètre estime de soi, le manque de concentration, la difficulté à prendre des décisions et le sentiment de désespoir. Si au moins deux de ces symptômes sont présents pendant plus de deux ans, et que la personne n'entre pas dans un épisode de dépression majeure durant cette période, un diagnostic de dysthymie peut être envisagé. Moins grave que la dépression majeure, la dysthymie peut nuire à la capacité de travailler, d'étudier ou d'entretenir des relations sociales. Par ailleurs, une personne peut souffrir de dysthymie et par la suite développer un véritable épisode dépressif caractérisé.

GÉRER LE RISQUE SUICIDAIRE

L'importance du problème

L'importance du suicide en santé publique est attestée chaque année par la fréquence des décès, particulièrement parmi les adolescents et les adultes jeunes.

Quelques données épidémiologiques

Les chiffres sont éloquents : en 2003, 10 660 décès par suicide ont été enregistrés en France, dont 7 940 pour des hommes et 2 720 pour des femmes. Toutefois, le phénomène de sous déclaration, estimé aux environs de 20 à 25 %, porterait ce nombre aux alentours de 13 000 (Palazzolo, 2004).

Les décès les plus nombreux dus au suicide interviennent entre 35 et 54 ans, mais constituent la deuxième cause de décès chez les 15-44 ans (la première cause étant les accidents de la route). Le taux de décès par suicide croît fortement avec l'âge. Sa tendance globale est à une légère baisse depuis 1993.

Environ 8 % de la population métropolitaine adulte déclare avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie, et 2 % d'entre elle présente un risque suicidaire élevé. Le taux de récidive apparaît en outre important, évalué à 22 % pour les hommes et 35 % pour les femmes.

Dans les premières années 2000, environ 195 000 tentatives de suicide auraient donné lieu annuellement à un contact avec le système de soins. Près de 30 % d'entre elles auraient entraînées la visite d'un médecin généraliste libéral, et un peu plus de 80 % auraient motivé une venue aux urgences, directement ou après le recours à un praticien. En outre, un tiers aurait orienté vers une hospitalisation en psychiatrie, initialement ou après un séjour de courte durée en soins somatiques.

Les tentatives de suicide sont majoritairement le fait des femmes, surtout jeunes, mais les suicides dits « accomplis » sont plus fréquemment masculins :

Tableau 1.V. *Nombre de décès par suicide et taux brut tous âges pour 100 000 habitants*

Année	*1997*	*1998*	*1999*	*2000*	*2001*	*2002*	*2003*
Nombre de décès par suicide							
Hommes	8 099	7 771	7 427	7 973	7 655	7 720	7 943
Femmes	3 040	2 763	2 841	2 864	2 785	2 912	2 721
Total	11 139	10 534	10 268	10 837	10 440	10 632	10 664
Taux brut tous âges pour 100 000 habitants							
Hommes	28,4	27,1	26,1	27,9	26,6	26,6	
Femmes	10,1	9,2	9,4	9,5	9,1	9,5	
Moyenne des deux sexes	19,3	18,2	17,8	18,7	17,9	18,1	

Source : Champ : France métropolitaine; Source : *Inserm, CepiDc.*

Les tentatives de suicide constituent par leur fréquence un véritable phénomène de société. Elles surviennent essentiellement dans le cadre d'une pathologie réactionnelle et relationnelle, souvent dans un contexte où dominent l'impulsivité, la baisse de résistance à la frustration et la valeur cathartique du passage à l'acte.

En revanche, les suicides dits accomplis sont beaucoup plus nettement corrélés à une pathologie psychiatrique (80 à 90 % des cas). Au premier chef, à une pathologie dépressive (et encore plus lorsque celle-ci est associée à un trouble anxieux), mais aussi à la schizophrénie ou à des troubles graves de la personnalité (Palazzolo, 2005a).

Les patients souffrant d'un trouble de l'humeur ont un risque de suicide multiplié par trente. Leur taux annuel de mortalité par autolyse est de 3 %, et 15 % des malades ayant un trouble de l'humeur décèdent de cette manière (Polosan *et al.*, 2006).

Le médecin généraliste face à l'acte suicidaire

Dans la pratique, rechercher et apprécier le risque suicidaire reste pour le médecin un exercice souvent difficile.

Plusieurs études étrangères portent sur le recours aux soins primaires dans la période précédant un acte suicidaire de l'adulte. La plupart concernent les suicides accomplis et confirment les chiffres retrouvés en France. Elles ont été réalisées soit à partir des données hospitalières, soit à partir des registres de mortalité ou de rapport de médecins légistes (Stoff et Mann, 1997). Dans ces études, plusieurs types de périodes sont considérés : la semaine, le mois ou le trimestre précédant un acte suicidaire. Une revue de la littérature regroupant 45 études portant sur les suicides (Luoma *et al.*, 2002), dont 25 concernant les soins primaires, rapporte que 20 à 76 % (45 % en moyenne) des patients décédés par suicide avaient consulté leur médecin généraliste dans le mois précédant l'acte suicidaire, et 57 % à 90 % dans l'année. Ces taux sont plus importants chez les patients de plus de 55 ans et les femmes. Certaines études portant sur les consultations précédant une tentative de suicide prise en charge en milieu hospitalier retrouvent que 39 à 70 % des cas ont eu recours à une consultation auprès du généraliste dans le mois précédant la tentative. Toutefois, les populations étudiées sont recrutées sur des critères très différents. 9 à 33 % des patients auraient consulté un médecin généraliste dans la semaine précédant l'acte suicidaire. 20 à 50 % des consultations chez le médecin généraliste dans le mois précédant l'acte suicidaire ont lieu durant la première semaine avant l'acte. Ces résultats, assez hétérogènes, laissent penser qu'environ une moitié des patients réalisant un acte suicidaire auraient consulté un médecin généraliste avant leur acte, à une période potentiellement propice à la prévention.

De nombreuses recherches sont actuellement en cours sur ce sujet, tant épidémiologiques que psychopathologiques ou biologiques. La tentative de suicide, urgence psychiatrique par excellence, doit pouvoir bénéficier d'une prévention active, dont les modalités ne sont pas toujours aisées à définir.

Les trois niveaux de la prévention

Il est habituel de distinguer trois niveaux de prévention en matière de suicide :

➢ avant la tentative de suicide, ou prévention primaire ;

➢ pendant la crise suicidaire (immédiatement après la tentative de suicide), ou prévention secondaire ;

➢ à distance de la tentative de suicide, une fois le premier danger mortel passé, une fois même que « le corps est soigné », ou prévention tertiaire.

En fait, seule l'action de la prévention tertiaire est définie avec précision : éviter la récidive et limiter les conséquences psychiques de l'acte.

Les deux autres niveaux se distinguent avec moins d'aisance, la prévention secondaire pouvant être résumée comme l'action destinée à limiter les conséquences somatiques de l'acte, et la prévention primaire comme l'action sociale à entreprendre.

Les médecins ne sont pas les seuls concernés par ce problème. L'ensemble des travailleurs sociaux est interpellé, et de nombreux bénévoles participent également à cette action (SOS Amitié, SOS Suicide Phénix, etc.).

La prévention primaire et l'intervention en cas de crise

En 1981, le Groupement International d'Étude et de Prévention du Suicide devient, lors de son XIe congrès, le Groupement d'Étude et de Prévention du Suicide et d'Intervention en cas de Crise. Le Groupement reconnaît donc la nécessité de distinguer :

➢ la prévention globale du suicide, qui devient l'affaire de tous ;

➢ l'intervention en cas de crise, appelée aussi le syndrome pré-suicidaire, intervention plutôt réservée à des spécialistes de la santé (médecin généraliste, psychiatre, etc.).

Le premier auteur (d'ailleurs membre du GEPS) à avoir proposé de scinder la prévention primaire en deux notions distinctes est De Montrémy (*in* Palazzolo *et al.*, 2000) : « La prévention du suicide m'apparaît devoir être envisagée en deux temps :

– le premier temps, le plus important, est celui de la qualité de vie ;

– le second temps, ultime, est celui de la réception du suicidant dans ses derniers moments et là, la forme de la prévention me paraît relativement simple ; elle me semble devoir être essentiellement psychologique et j'ajouterai affective, non dans un sens de paternalisme ou de protectionnisme, mais dans une attitude de disponibilité à l'autre dans la compréhension de sa détresse, une disponibilité faite de temps non comptabilisé permettant, s'étant situé et authentifié soi-même, de cheminer avec lui dans son problème en l'aidant à le relativiser selon ses propres possibilités psychologiques et ses options à lui. »

Les difficultés de l'écoute du suicidant avant son geste surviennent à deux niveaux :

➢ En premier lieu, le médecin doit être capable de diagnostiquer le syndrome pré-suicidaire, ou, plus modestement, d'évaluer le risque ;

➢ En second lieu, il faut établir un lien avec le suicidant, et le maintenir dans la mesure du possible.

Le praticien doit par ailleurs garder à l'esprit l'influence de la société sur le suicide. Il est aisé de souhaiter une meilleure adaptation de l'homme à son environnement, de rêver d'une société idéale, il apparaît cependant plus difficile de proposer des moyens concrets de prévention.

Dépression, problèmes conjugaux et, à un moindre degré, problèmes sexuels et professionnels sont des facteurs alarmants ne devant pas être négligés surtout en cas d'isolement affectif.

Koupernick (in Palazzolo *et al.*, 2002) rappelle également le danger à vouloir trop préciser les orientations d'une politique de prévention. Le suicide étant un acte humain, il faut se méfier des conclusions épidémiologiques : « On me dit que le jeune âge et le sexe féminin sont rassurants. Mais moi, lecteur de faits divers, je pense à ces jeunes mères qui entraînent leurs enfants dans la mort et je vous dis : "Croyez la mort plutôt que les statistiques, tenez compte de la misère, de l'esseulement". »

La prévention secondaire

Elle concerne l'action destinée à limiter les conséquences essentiellement somatiques de la tentative de suicide. Les services d'urgence sont directement impliqués dans cette démarche et il faut noter, au cours de ces dernières années, les efforts entrepris dans l'amélioration de l'accueil des malades, le développement de services de plus en plus performants et de mieux en mieux équipés, mais aussi la création de nombreux centres anti-poisons en réponse à toutes les demandes concernant les intoxications volontaires ou non. En l'espace de vingt ans, les conséquences immédiates d'une tentative de suicide sont devenues bien moins problématiques, et la prise en charge des patients s'est optimisée.

La prévention tertiaire

Au décours de l'acte suicidaire, et quels que soient le moyen ou la gravité apparente du geste, l'hospitalisation semble toujours nécessaire et souhaitable (Palazzolo, 2002). Support d'une séparation du suicidant et de son milieu familial et environnant, l'hospitalisation doit aussi permettre que l'acte suicidaire ne soit pas nié ou recouvert par le silence, la banalisation ou l'oubli. Dans cette perspective, le séjour hospitalier ne doit pas se limiter aux soins médicaux. L'intervention thérapeutique doit donc commencer dès l'instant suivant la tentative de suicide, stade de perturbation émotionnelle intense où peuvent apparaître des éléments ou des propos significatifs pour la suite. Le contact créé par le patient avec le personnel infirmier et les médecins, premier contact médiateur entre le suicidant et son entourage, notamment au réveil d'une perte de connaissance, est d'une grande importance. L'entretien initial doit avoir lieu dès l'accueil aux urgences. De nombreux auteurs soulignent la qualité particulière de l'écoute à fournir qui nécessite l'implication personnelle intense de l'intervenant, et devant permettre l'expression de demandes contradictoires et de l'ambivalence majeure.

Ce premier entretien amorce également l'évaluation de la conduite suicidaire et de sa signification, par rapport à la personnalité du sujet et à son évaluation psychologique. Si l'intervention du praticien n'est pas « satellisée » dans la structure d'accueil et d'hospitalisation, cette évaluation se poursuivra au cours d'entretiens psychiatriques ultérieurs qui préserveront avant tout le contact et le lien établis avec le suicidant.

En somme, ces tout premiers entretiens, réalisés au cours de l'hospitalisation, doivent permettre que le geste suicidaire du sujet soit moins un point d'arrivée qu'un point de départ du travail d'élaboration et de verbalisation.

En conclusion de cette réflexion sur les modalités de prévention, nous citerons Israël (1998), qui note que « la tentative de suicide traduit presque toujours qu'il n'y a plus de place dans le monde pour le sujet, plus d'oreilles pour entendre ce qu'il avait à dire. La prévention du suicide, si elle veut avoir un sens au-delà de l'absence d'inquiétude du médecin et de la justification d'une action, ne peut être que le développement d'une écoute, la préparation à entendre le message, message si difficile à capter parce qu'il va souvent à contre-courant de toutes les intangibles valeurs sociales, morales et culturelles ».

TRAITER LA DÉPRESSION

La voie de la guérison

Le patient vit avec sa dépression depuis plusieurs semaines, parfois depuis plusieurs mois. Lors du diagnostic, la reconnaissance de la pathologie permet de gommer le déni qui a longtemps prévalu. Il est alors possible de proposer un traitement, une prise en charge adaptée, qui permettra à la personne d'entrevoir une issue à sa souffrance. Dans un premier temps, il convient donc de donner quelques conseils au patient et à ses proches :

➢ prendre soin de soi et faire son possible. Il convient de se laisser le temps de guérir et de reprendre progressivement des activités basiques (faire ses courses, participer à la vie de famille, dialoguer avec ses proches…) ;

➢ accepter ses limites. Nombre de personnes déprimées sont déçues par leurs efforts car elles ne parviennent pas à faire aussi bien ou aussi vite qu'elles le voudraient. Il faut apprendre à accepter un handicap transitoire.

Se donner dans un premier temps des objectifs modestes est donc parfaitement légitime. Se remettre à l'action est nécessaire, mais il est inutile de se lancer dans des activités longues et/ou complexes. Ces activités seraient épuisantes d'une part, et un échec effacerait totalement l'envie de recommencer d'autre part. Il est donc préférable de se tourner initialement vers des activités brèves et simples. Le but n'est pas d'accomplir des exploits ou de ressentir un plaisir intense, mais plus simplement d'atteindre un objectif raisonnablement fixé.

La poursuite de petits objectifs peut produire chez le dépressif de grands résultats. Après l'amélioration des symptômes de la dépression, correspondant à la diminution de la souffrance du patient sous l'effet du traitement, une deuxième étape apparaît, la convalescence. Durant cette phase, la personne commence à se sentir nettement mieux, comme avant l'épisode dépressif. Elle ne présente plus ou presque plus de symptômes dépressifs.

La convalescence est une période à risque. La rechute demeure en effet toujours possible. Une personne qui se sent mieux aura naturellement tendance à vouloir arrêter son traitement. Il s'agit d'une erreur courante. Le médecin doit donc expliciter les conséquences possibles d'un arrêt trop précoce de la médication. La première de ces conséquences possibles est la rechute.

La guérison constitue la troisième étape, elle intervient au terme de quelques mois. Tout risque de rechute immédiate est alors écarté par le médecin. L'arrêt progressif du traitement devient possible. À l'arrêt du traitement, le médicament sera éliminé progressivement par l'organisme. Seul le souvenir de l'épisode dépressif perdurera. En effet, la dépression n'est pas une maladie comme les autres. Le patient n'en garde pas de séquelles physiques mais peut en garder des séquelles psychologiques, d'où l'intérêt d'une psychothérapie associée.

Pour la réussite du traitement de la dépression, certains modes de prise en charge semblent être plus appropriés que d'autres selon les individus. Un médicament peut par exemple être efficace et bien toléré chez une personne, mais pas chez une autre.

Le soutien de l'entourage et/ou de groupes de parole peut aider certains sujets à réagir de manière plus adaptée vis-à-vis d'un quotidien bien souvent à l'origine de stress divers nécessitant de nouvelles compétences sociales. La psychothérapie s'avère également utile dans ce cadre.

Le choix de la prise en charge appropriée – tout comme la rédaction éventuelle d'un arrêt de travail, dont la durée devra toujours être la plus brève possible – est un processus individuel, qui dépend non seulement de la gravité de la dépression mais aussi du profil de patient à traiter.

La psychothérapie

La psychothérapie peut être précieuse pour la personne atteinte de dépression. Elle offre au sujet la possibilité d'identifier les facteurs qui contribuent à sa douleur morale et de s'occuper efficacement des causes psychologiques, comportementales, interpersonnelles et environnementales de sa pathologie.

Objectifs de la psychothérapie

Le premier objectif est d'aider le sujet à identifier les problèmes relatifs à sa dépression, ceux qui peuvent être résolus ou améliorés. La personne peut alors identifier des options pour l'avenir et se fixer des objectifs réalistes permettant l'amélioration de son bien-être moral et émotionnel. Le thérapeute l'aide également à retrouver comment elle a déjà fait face avec succès à des sensations semblables, s'il lui est arrivé d'être déprimée par le passé.

Le deuxième objectif est d'identifier les schémas de pensée négatifs ou dysfonctionnels contribuant aux sentiments de désespoir et d'inutilité qui accompagnent la dépression. Les individus dépressifs peuvent en effet avoir une tendance à la surgénéralisation (à penser en termes de « toujours » ou de « jamais »). Il est donc nécessaire d'aider ces personnes à développer une perspective plus positive de leur quotidien et de leur avenir (Diefenbach *et al.*, 2001).

Le troisième objectif est d'explorer d'autres pensées et d'autres comportements acquis à l'origine des problèmes et de la persistance de la symptomatologie dépressive. Par exemple, le thérapeute aide l'individu déprimé à comprendre et à améliorer ses interactions avec les autres, l'isolement psychosocial participant à la souffrance morale.

Enfin, le quatrième objectif de la thérapie est de permettre au sujet de recouvrer ses sensations de contrôle et de plaisir dans la vie courante. Il s'agit alors pour celui-ci de mieux apprécier ses choix, et de réincorporer progressivement dans son quotidien des activités agréables et satisfaisantes (Hensley *et al.*, 2004).

Principales psychothérapies

Tableau 1.VI. *Les principales psychothérapies de la dépression (d'après Soumaille, 2001)*

	Thérapies comportementales et cognitives	*Thérapies familiales*	*Psychanalyse*
Ce qui est demandé à la personne	Être prêt à pratiquer l'auto-observation et des exercices entre les séances.	Être prêt à remettre en question son style relationnel avec son entourage.	Admettre son rôle dans ses propres difficultés. Posséder un goût pour l'introspection.
Théorie	La dépression est liée à un mode de pensée négatif et pessimiste.	La dépression est liée à des insatisfactions et à des difficultés relationnelles.	La dépression est liée à des conflits non résolus remontant à l'enfance.
Méthode	Travail sur le présent. Examiner ses pensées désadaptées, les confronter à la réalité. Encourager à développer de nouvelles façons de penser et d'agir. Il y a des « devoirs » à faire à la maison, entre les séances.	Travail sur le présent. Prendre conscience des enjeux relationnels. Jeux de rôle, techniques de résolution de problèmes.	Travail sur le présent et le passé. Mettre à jour des mécanismes inconscients grâce au transfert sur le thérapeute.
Objectifs	Devenir plus sûr de soi. Améliorer l'estime de soi.	Faciliter les relations interpersonnelles. Modifier les automatismes relationnels.	Mieux se connaître. Faire certains deuils nécessaires.
Résultats	Réduire les symptômes. Modifier les schémas et les pensées automatiques.	Adopter de nouveaux comportements relationnels.	Se libérer des sentiments parasites liés à une enfance difficile et/ou à des deuils douloureux.
Durée	Une vingtaine de séances.	Une vingtaine de séances.	Nombre de séances limité (ce qui est rare) ou illimité (cas le plus fréquent).

Il existe de nombreuses formes de psychothérapie (selon certains auteurs, près de 650 seraient référencées, toutes n'étant pas toujours très sérieuses au demeurant). Certaines vont se centrer sur les origines de la dépression et les facteurs psychologiques favorisants (la psychanalyse), d'autres vont s'axer sur l'ici et maintenant, voire sur l'avenir en évitant que la pathologie ne récidive (les thérapies cognitivo-comportementales [TCC]), d'autres encore vont agir sur la composante environnementale (les thérapies familiales). Le mode d'approche spécifique peut varier très fortement selon les différentes formes de psychothérapie.

La condition première d'une psychothérapie est la confiance de la personne dépressive en son thérapeute, et le bénéfice à tirer de la prise en charge.

Une psychothérapie peut être aussi efficace que les médicaments en cas de dépression légère. Pour une forme sévère, le traitement antidépresseur s'avère indispensable.

❒ Les thérapies comportementales et cognitives

Les thérapies comportementales et cognitives représentent aujourd'hui le mode de prise en charge psychologique le plus largement reconnu par l'ensemble des approches scientifiques. Les techniques des TCC évoluent régulièrement au fil du temps en fonction des travaux de recherche qui en évaluent l'efficacité.

Ces thérapies agissent, comme leur nom l'indique, sur des comportements non adaptés à la vie courante mais également sur les pensées (les cognitions) associées à ces comportements.

Il s'agit alors de modifier un comportement inadéquat dans le but que le patient s'améliore le plus rapidement possible (les agissements inadaptés sont combattus et éliminés, les agissements adaptés favorisés et renforcés).

Ce type de psychothérapie fait également référence aux mécanismes du traitement de l'information (aux processus de pensée conscients et inconscients à l'origine de l'organisation de la perception du monde).

Cependant, le comportement de l'individu et les pensées qui l'animent ne représentent pas les seules cibles de la thérapie, qui s'attache également au fait qu'ils soient liés aux émotions, reflets psychologiques et affectifs des expériences de plaisir et déplaisir.

Les techniques utilisées interviennent donc à ces trois niveaux : comportemental, cognitif et émotionnel. L'environnement influe sur les réponses de l'individu, mais les relations individu-environnement peuvent être remodelées favorablement par et pour le sujet.

Les indications de ces techniques sont nombreuses, et leur succès grandissant repose sur le style adopté par le thérapeute particulièrement apprécié par les patients. Ce style est très différent de l'image classique du « psy » imperturbable, distant, souvent muet ou au contraire tenant un langage ésotérique. La relation dans ce traitement est :

➢ interactive. Pendant une séance, le thérapeute explique, pose des questions et répond à celles du patient;

➢ pédagogique et explicite. Le langage utilisé est simple (mais pas simpliste), les explications sont compréhensibles;

➢ collaborative et égalitaire. Des objectifs concrets et réalistes sont déterminés en collaboration avec le patient ainsi que les techniques pour parvenir à les atteindre. Rien n'est imposé mais tout est exposé, proposé et discuté.

❒ Les thérapies familiales

Les thérapies familiales considèrent les troubles psychologiques et comportementaux du membre d'un groupe comme un symptôme du dysfonctionnement dudit groupe (en l'occurrence la famille). Elles impliquent donc un traitement du groupe et une participation de tous ses membres.

La famille a pour tâche de transmettre les valeurs et les modes de pensée. Elle est une totalité, un « tout » dynamique. Les phénomènes de *rétroaction* y sont importants. Dans une famille pathologique, où la souffrance est devenue handicapante, n'existent principalement que des rétroactions négatives. Dans une rétroaction négative les phénomènes sont annulés, ignorés alors que dans une rétroaction positive les phénomènes sont perçus et amplifiés.

Toute famille fonctionne selon des règles, un consensus tacitement respecté par tous ses membres. Si un seul élément change, l'équilibre familial s'écroule ou évolue. Tout manquement à l'accord tacite provoque une crise, pouvant amener à la faillite ou à la remise en cause du système. Le symptôme est alors un régulateur de la relation, un contrat d'échange reposant sur une complémentarité pathologique familiale. La disparition du symptôme provoque souvent la rupture de la relation ou le transfert du symptôme sur un autre membre de la famille.

En thérapie familiale, le tout est plus important que la somme des parties : 1 + 1 ne fait pas 2 mais 3 (1 + 1 + la relation entre les 2).

Lors du changement d'un élément (naissance, adolescence, mariage, mort, traumatisme, changement social…), l'ensemble du système change, une crise survient (la structure du système change). La déstabilisation ressentie peut alors provoquer des symptômes (le symptôme protége le système en place, et en même temps exprimer la souffrance du système, sa remise en question, la nécessité de transformation pour survivre).

Ces mouvements ne se limitent pas à la famille « nucléaire » (parents + enfants), mais également aux ascendants, descendants et collatéraux (intra et trans-générationnels).

Les thérapies familiales mettent en évidence l'absence d'un dépressif dans une famille au profit d'une relation dépressogène. Tous les membres sont actifs, même quand ils freinent le changement. La thérapie familiale est directive, le thérapeute donnant la solution du changement. Elle est aussi un soutien très fort, un étayage voulu par la famille. Le thérapeute joue un « rôle contenant » extrêmement puissant.

❐ La psychanalyse

La psychanalyse vise à comprendre la genèse du symptôme et à rendre au sujet l'énergie immobilisée par ses conflits inconscients. Une relation de transfert s'établit entre le patient et le thérapeute. Ce travail portant sur l'inconscient du malade ne peut être entrepris avec succès que par un thérapeute qui a lui-même vécu l'exploration de son propre inconscient. D'où la nécessité d'une psychanalyse personnelle préalable pour le thérapeute.

La psychanalyse est une analyse du Moi effectuée dans le but d'en renforcer la puissance par la modification de ses structures. À la fois entreprise commune et combat du malade et du psychothérapeute, la cure psychanalytique n'est jamais une simple série de consultations, mais bien une aventure à deux. Le psychanalyste devient ainsi une sorte d'agent catalyseur attirant sur lui et cristallisant les sentiments confus dont le patient se décharge. Ce phénomène de transfert représente une des phases essentielles de la cure psychanalytique.

La psychanalyse implique le plus souvent, pour être couronnée de succès, l'engagement sincère du malade, engagement auquel il tente à diverses reprises de se dérober mais qui, en fin de compte, reste effectif jusqu'au bout.

Les antidépresseurs

Deux phases doivent être distinguées dans le traitement d'une dépression :

➢ une phase d'attaque, au cours de laquelle la crise elle-même est prise en charge (phase initiale) ;

➢ une phase de consolidation, au cours de laquelle l'objectif est de stabiliser le patient dans l'euthymie (phase d'entretien ou de stabilisation).

En résumé, il peut être intéressant d'expliquer à la personne dépressive que son médicament lui permet dans un premier temps « d'aller mieux », puis dans un deuxième temps « d'éviter d'aller mal ». À chacune de ces phases, le même médicament est administré, un antidépresseur. Mais le but recherché n'est pas identique en fonction de la période d'évolution du trouble (Kupfer, 1991) :

Le traitement de la crise

Pour ce qui concerne le traitement de la crise (période au cours de laquelle les symptômes sont les plus intenses, avec éventuellement présence d'idées suicidaires), il faut s'attendre à ce que plusieurs jours s'écoulent (en moyenne, entre dix et quinze) avant les premiers effets thérapeutiques. C'est la « phase de latence » du traitement, période au cours de laquelle le praticien doit rester particulièrement vigilant si la personne dépressive n'est pas hospitalisée, sa souffrance persistant.

❐ Prescription des antidépresseurs

Il existe des recommandations concernant la prescription d'un traitement antidépresseur. Ces recommandations diffusées par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé se déclinent comme suit :

RECOMMANDATIONS ET RÉFÉRENCES
POUR LA PRESCRIPTION DES ANTIDÉPRESSEURS
(d'après l'AFSSAPS, 2006)

- La prescription d'un médicament antidépresseur doit reposer sur une évaluation clinique soigneuse afin de distinguer les pathologies dépressives caractérisées nécessitant un traitement spécifique et les symptômes dépressifs isolés, souvent transitoires, qui ne justifient pas obligatoirement une mesure thérapeutique médicamenteuse.
- Les antidépresseurs sont indiqués dans les épisodes dépressifs majeurs, caractérisés par l'acuité et la multiplicité des symptômes, leur durée et leur caractère invalidants.
- Un traitement antidépresseur ne doit pas être changé pour cause d'inefficacité avant une durée de prescription de deux à trois semaines à posologie dite efficace (sauf en cas d'aggravation).
- Un traitement antidépresseur ne doit pas être interrompu dès la disparition des symptômes dépressifs. Il est démontré que la poursuite du traitement pendant quatre à six mois (traitement de consolidation) réduit le risque de rechute.
- Un traitement antidépresseur doit être interrompu progressivement afin de prévenir tout risque de syndrome d'arrêt brutal.
- Le traitement prophylactique des récidives (traitement au long cours sur plusieurs années) est justifié chez des patients qui ont eu au moins deux ou trois épisodes dépressifs.
- La voie intraveineuse est réservée à l'usage hospitalier.
- Chez le sujet de plus de 70 ans, la posologie initiale recommandée pour la plupart des antidépresseurs est en moyenne de la moitié de celle préconisée chez l'adulte. La posologie devra être réévaluée régulièrement au cours du traitement.

Il existe plusieurs familles d'antidépresseurs, certains agissent plus spécifiquement sur la sérotonine, d'autres à la fois sur la sérotonine et la noradrénaline, d'autres encore sur de nombreux autres neurotransmetteurs (*dirty drugs* ou « médicaments sales »). À ce niveau, l'important à retenir est qu'en fonction du neurotransmetteur sur lequel le médicament agit, il faut s'attendre à tel ou tel effet secondaire (ainsi, les tricycliques sont des *dirty drugs*, autrement dit les antidépresseurs les moins bien tolérés).

❐ Antidépresseurs disponibles

Le tableau ci-après résume l'ensemble des antidépresseurs pouvant à ce jour être prescrits en France :

Tableau 1.VII. *Les antidépresseurs disponibles actuellement*

Effet	*Famille chimique*	*Nom commercial*	*Dénomination commune internationale (DCI)*
Stimulant	IMAO (inhibiteurs de la Monoamine oxydase)	Marsilid® Moclamine®	Iproniazide Moclobémide
	Tricycliques	Tofranil®	Imipramine
	Autres	Vivalan®	Viloxazine
Intermédiaire	Tricycliques	Anafranil® Prothiaden®	Clomipramine Dosulépine
	Sérotoninergiques	Deroxat® Divarius® Floxyfral® Prozac® Séroplex® Séropram® Zoloft®	Paroxétine Paroxétine mésilate Fluvoxamine Fluoxétine Escitalopram Citalopram Sertraline
	Sérotoninergiques et noradrénergiques	Ixel® Effexor®	Milnacipran Venlafaxine
	Autres	Stablon®	Tianeptine
Sédatif	Tricycliques	Elavil® Laroxyl® Quitaxon® Surmontil® Défanyl®	Amitriptyline Amitriptyline Doxépine Trimipramine Amoxapine
	Tétracycliques	Athymil® Ludiomil® Norset®	Miansérine Maprotiline Mirtazapine

Source : d'après *Vidal*, 2006.

Le traitement d'entretien

Pour le traitement d'entretien, et le succès de la prise en charge à long terme, l'OMS recommande de poursuivre la prise de l'antidépresseur six mois au moins après la guérison de la dépression. Il faut environ trois mois pour la guérison de l'épisode dépressif. Ainsi, un traitement bien conduit doit être poursuivi pendant un minimum de six à neuf mois.

Un arrêt prématuré de l'antidépresseur entraîne une rechute chez 50 % des personnes dépressives. Les études à long terme sur certains antidépresseurs montrent qu'aucun effet nocif n'est à craindre à longue échéance. L'arrêt du traitement se fait par diminution progressive de la posologie, en surveillant attentivement la réapparition éventuelle de symptômes dépressifs. Il n'existe

pas de dépendance aux antidépresseurs, mais en revanche un arrêt trop rapide ou prématuré peut conduire à un syndrome d'arrêt brutal ou à une rechute.

Enfin, il faut savoir que 50 à 85 % des personnes qui ont traversé une période dépressive souffrent d'une phase dépressive ultérieure au cours de leur existence. Dans la moitié des cas, la rechute survient dans un délai de deux ans après le premier épisode dépressif. Un traitement d'entretien, en l'occurrence à long terme, permet d'éviter cette rechute (Bracke, 2000).

Les effets indésirables des médicaments conduisent certains patients à interrompre leur traitement prématurément. Pour une bonne adhésion au traitement de la part d'un sujet dépressif, il est important de bien insister sur l'existence d'un large éventail d'antidépresseurs aux effets plus ou moins indésirables.

L'observance

❒ Acceptation de la démarche thérapeutique

Dans le cadre de la consultation doit se produire la rencontre entre une souffrance psychique et un praticien censé la *reconnaître*, la *caractériser* comme pathologique et, par voie de conséquence, la *prendre en charge*. Ces trois temps sont indispensables à la mise en place d'une relation thérapeutique de qualité (Biadi-Imhof, 1996 ; Hoerni et Saury, 1998 ; Emslie et Fielder, 2001).

Mais reconnaître une détresse psychique ne suppose pas forcément la qualifier de pathologique, pas plus que cette identification n'implique automatiquement le diagnostic de dépression.

Cette rencontre débouche généralement sur la mise en place d'un projet de soin qui ne doit pas se résumer à la seule prescription d'un traitement antidépresseur. L'acceptation de la démarche thérapeutique est bien sûr indispensable de la part du malade, mais non suffisante au bon déroulement du suivi à long terme. Une fois obtenue l'adhésion initiale aux soins, le médecin doit accompagner le patient tout au long de sa trajectoire (Saillant et Gagnon, 1996 ; Toljamo et Hentinen, 2001).

❒ Problématique de l'adhésion au traitement

Les effets indésirables des médicaments conduisent certains patients à interrompre leur traitement prématurément. Pour une bonne adhésion au traitement de la part d'un sujet dépressif, il est important de bien insister sur l'existence d'un large éventail d'antidépresseurs aux effets plus ou moins indésirables.

L'adhésion du patient au traitement prescrit n'est pas une problématique nouvelle. Elle a été maintes fois évoquée à propos des maladies chroniques ou des essais thérapeutiques. Mais elle semble avoir gagné en actualité et en urgence dans le cadre de la prise en charge des sujets atteints de dépression. L'importance qui lui est donnée dans ce contexte est d'autant plus justifiée qu'elle met en jeu le pronostic clinique, socioprofessionnel et vital de l'individu (Edwards, 1998 ; Palazzolo, 2004). Une adhésion relative peut avoir des conséquences désastreuses. Dans certains cas, un demi-traitement peut être pire qu'une absence totale de traitement (par exemple certains antidépresseurs

aux effets désinhibiteurs à de faibles posologies) (Vermeire *et al.*, 2001; Spadone, 2002). Ce constat est différent de celui fait pour la plupart des autres maladies chroniques, où des médicaments pris à une dose inférieure valent malgré tout mieux que rien.

Même en se référant uniquement aux patients qui ont décidé de suivre correctement leur traitement et qui ont intégré à leur décision tout le savoir et la réflexion nécessaires, les problèmes d'adhésion restent malgré tout fréquents.

❒ Évaluer l'adhesion au traitement

Il est important de souligner que l'accès au traitement est fonction non seulement de la capacité d'observance du malade, mais également de la priorité que ce dernier donne à la prise en charge de sa pathologie. L'utilisation de comprimés pour se soigner n'est pas un concept universel. De fait, l'utilisation des antidépresseurs est inégale. Une meilleure information, à la fois des médecins et des patients, est nécessaire.

Il est important d'évaluer la représentation faite par le patient de sa maladie et du traitement proposé (Loge *et al.*, 1997). Il ne s'agit pas d'une tâche aisée. Le praticien doit s'efforcer d'évaluer au mieux les paramètres d'ordre personnel ou social susceptibles d'influencer l'adhésion au traitement, néanmoins d'inévitables éléments lui échappent ou ne seront identifiés qu'ultérieurement. La qualité de la relation instaurée entre le médecin et le patient joue un rôle essentiel. Aucune mesure d'autorité ne saurait en effet pallier un manque de confiance mutuelle, et il n'est évidemment pas possible d'imaginer sur le très long terme des prises de médicaments en présence de proches. De nombreux auteurs préconisent à ce propos de réaliser une évaluation systématique du mode de vie, de l'activité professionnelle, du type d'horaire des repas et des sorties du malade (Matas *et al.*, 1992; Thomas, 1997; Adams et Scott, 2000). Il est également important de savoir si l'entourage est informé, si le sujet désire réellement être traitée et s'il comprend l'utilité d'un tel traitement (Ice, 1985). Les objectifs de vie et la conception de la morbidité doivent aussi être pris en considération (Lin, 1995). Enfin, il est primordial d'accorder un temps de réflexion avant l'instauration du traitement, quand cela est possible sur un plan clinique. Ce temps de réflexion doit permettre au patient de faire le point sur la signification qu'il attribue aux médicaments et sur les aspects pratiques en lien avec son quotidien.

Le degré de difficulté d'obtention d'une bonne adhésion au traitement dépend largement de l'acceptation par le patient de sa maladie et de la capacité à définir une organisation spécifique des soins (Lieberman, 1996; Dunbar-Jacob et Mortimer-Stephens, 2001). Le corps médical est dans l'ensemble bien conscient que le fait de suivre à la lettre une prescription peut être astreignant. Mais l'ordonnance est d'autant plus aisée à respecter que sa nécessité est bien comprise et intégrée, dans le cadre d'une faisabilité adaptée dans le quotidien.

❒ Tolérance psychologique au traitement

La tolérance psychologique en cas d'effets secondaires ou d'échec de la médication sera évaluée dans un deuxième temps. Le médecin doit à ce propos

rester vigilant. Il est en effet facile d'omettre l'évaluation de certains éléments à partir du moment où le patient est vu en dehors de son contexte habituel de vie. Une difficulté consiste à apprécier correctement les croyances de l'individu au sujet de son état de santé et au sujet de la maladie mentale elle-même (Stephenson *et al.*, 1993). S'il ignore comment le malade considère sa pathologie, le praticien peut favoriser l'émergence d'une relation conflictuelle. Certains patients sont persuadés que le psychisme, le « mental », est primordial. Ils estiment qu'une psychothérapie peut être mise en danger par la prise de médicaments, qu'une chimiothérapie peut rendre caduque une démarche de guérison spirituelle, que l'allopathie n'est pas compatible avec diverses médecines parallèles. Franchir le pas de l'absorption d'un antidépresseur peut être ressenti comme une défaite et une trahison, la valeur des autres démarches entreprises devenant alors impossible à reconnaître. Il existe une contradiction, alors même que les deux modes d'intervention pourraient être complémentaires. Dans ce contexte, mieux vaut éviter de traiter, dans les limites imposées par l'urgence et par la gravité de la symptomatologie. Il s'agit alors de découvrir et d'élaborer les modalités d'une alliance possible entre croyances et traitement. Que ressent la personne ? De quoi a-t-elle peur ? Quelles expériences traumatisantes – par exemple le décès d'un proche qui prenait une médication analogue – a-t-elle vécues ? Et quelle est son envie de guérir ?… Il faut éviter que le patient ne s'engage dans une démarche qui consisterait à accepter le traitement sans conviction, pour faire plaisir à son médecin (Druhle, 1997 ; Mills et Spencer, 2001).

Dans certains cas, l'acceptation d'une médication psychotrope constitue un pas symbolique vers la folie ou la mort, et il faut parfois en passer par là pour reconnaître qu'il s'agit en définitive d'un pas biologique vers la vie. À cet égard, Blackwell (1973) préconise de s'inspirer de la riche expérience accumulée en diabétologie. De nombreux travaux de recherche concernant l'adhésion au traitement ont été réalisés dans cette spécialité, diverses démarches pédagogiques proposées connurent des succès remarquables dans l'éducation à la bonne gestion d'une maladie chronique. Le contexte de la dépression nécessite, certes, des adaptations, mais la possibilité pour les patients de recourir à de telles méthodes contribuerait probablement à améliorer la qualité de leur observance. Cependant, si le médecin ne favorise pas l'émergence d'une relation thérapeutique basée sur l'écoute et l'échange, la réussite de ce type d'éducation est peu probable (Eisenthal *et al.*, 1979). Les croyances individuelles en matière de santé sont souvent ancrées profondément et depuis longtemps en chaque individu. Il est donc nécessaire que le praticien décrypte la problématique inhérente aux convictions personnelles, à la prise de risque, au sentiment de toute-puissance… Les représentations collectives et transculturelles de la maladie mentale et des traitements doivent à cet effet ne pas être minimisées.

❒ Préjugés vis-à-vis des antidépresseurs

Il apparaît important de souligner les problèmes liés à la représentation de sa maladie par le sujet, ainsi que ceux liés aux inévitables préjugés vis-à-vis des antidépresseurs. Mais ces problèmes difficiles à mettre en évidence doivent

absolument être pris en compte dans la décision d'instaurer un traitement (Cohen *et al.*, 1995). Les patients, en effet, ne parlent pas volontiers de leurs convictions et les évoquent d'autant moins qu'elles pourraient se trouver en porte à faux par rapport à l'approche scientifique. Ainsi, nous citerons le cas d'un sujet dépressif et hypochondriaque profondément convaincu que la médication allait provoquer une réaction de rejet de la part de son organisme, et que la prise des comprimés entraînerait de fait une allergie massive éventuellement létale. Incapable d'exprimer cette angoisse envahissante, il ne communiquait quasiment pas et faisait mine de prendre son traitement avant de le recracher à l'insu de son entourage.

Selon de nombreux auteurs, une grande partie des usagers de drogue pose problème quant à l'adhésion au traitement (Legrain et Lecomte, 1998). Ces sujets ont souvent des croyances assez particulières en matière de médicaments. Habitués à une certaine forme d'automédication, ils supportent difficilement les prescriptions ordonnées par une tierce personne. Ce qu'ils avalent par choix ne leur pose aucun problème, ils sont alors en conformité avec leur sentiment de toute puissance. Cependant, un psychotrope prescrit par un médecin est perçu comme une agression potentielle, une menace, voire un poison. Cette attitude paradoxale, irrationnelle, a souvent pour finalité un refus massif du traitement, et de nombreuses réflexions reste à entreprendre afin de mieux définir des démarches éventuellement susceptibles de remédier, au moins partiellement, à cette situation.

Il arrive également au médecin d'être confronté, dans un contexte similaire, à une idéologie « écolotoxicomane », le patient refusant dans ce cas systématiquement tout ce qui est artificiel, chimique (Waller et Altshuler, 1986 ; Leong et Silva, 1988). Une telle idéologie est particulièrement prégnante chez les personnes qui, à un moment de leur vie, ont abusé de substances illicites (Palazzolo, 2006b). Ainsi, une étude prospective réalisée par Baumann *et al.* (2001) a permis de mettre en exergue le fait que les usagers de drogues prennent plus de temps avant de se décider à accepter un traitement antidépresseur sur le long cours.

❒ Style de vie

Il existe par ailleurs des problèmes d'observance liés au style de vie du sujet (Frank *et al.*, 1995). Les difficultés majeures sont liées aux prises quotidiennes multiples et aux horaires à respecter par rapport aux repas ou au coucher (Le Bot, 1999 ; Claxton *et al.*, 2001). La prise de midi pose souvent de gros problèmes aux personnes qui travaillent. Dans la plupart des cas, il suffit d'éliminer cette prise – dans la mesure du possible – pour que l'adhésion au traitement redevienne tout à fait satisfaisante. La prescription de plusieurs comprimés toutes les quatre heures est extrêmement difficile à suivre (certaines ordonnances pouvant comporter plusieurs médicaments à 8 heures, 12 heures, 16 heures, 20 heures et 22 heures). En outre, l'absorption pluriquotidienne d'un psychotrope vient rappeler plusieurs fois par jour la réalité de la maladie mentale. Comment s'adapter à un rythme d'une pareille régularité? Ce processus est particulièrement problématique pour les personnes qui mènent une vie irrégulière. Par ailleurs, une mauvaise compré-

hension des consignes peut également jouer un rôle perturbateur. Comment, par exemple, s'y retrouver au cinquième changement de traitement? Les confusions sont pour le moins légitimes, et il est indispensable de prêter la plus grande attention à ce risque. Cela implique une information adéquate du patient mais aussi une grande vigilance quant à la qualité rédactionnelle des ordonnances et à la bonne collaboration du pharmacien (Lingam et Scott, 2002).

❒ Données d'ordre social

Les données d'ordre social jouent également un rôle. Si le sujet est SDF, chômeur, cadre, intégré ou pas dans le champ socioprofessionnel, les capacités d'adhésion peuvent varier. La mise en route d'un traitement antidépresseur exige donc un entretien préliminaire prolongé avec le patient. La première question à se poser est de savoir s'il est impératif de traiter tout de suite. Par ailleurs, il est important d'ajouter que la motivation est généralement très forte lorsque le patient ne va pas bien. Il ne faut alors pas hésiter à fournir des informations complémentaires, répéter les entretiens et favoriser les réflexions motivationnelles (Favrod *et al.*, 1996). Diverses études rétrospectives réalisées dans le but d'évaluer les raisons d'un défaut initial d'adhésion aboutissent à l'absence de prescription provisoire d'un traitement antidépresseur (Morisky *et al.*, 1986; Atwood *et al.*, 1992). Afin d'optimiser la qualité de la relation soignant-soigné, l'élaboration d'une approche pédagogique mieux adaptée, en particulier au niveau du langage, de la dynamique collaborative, de la qualité de la communication, doit être la préoccupation première du médecin (Franchini *et al.*, 1999). Une meilleure adhésion entraîne une meilleure inscription du patient dans le projet thérapeutique.

❒ Effets secondaires

Enfin, les effets secondaires peuvent perturber le bon suivi de la médication comme par exemple une prise de poids importante chez des malades sous antidépresseur (Hansen et Kessing, 2007). Certaines personnes n'y attachent pas d'importance, mais, d'autres, plus sensibles à leur aspect physique, vivent mal cette agression de leur esthétique corporelle. Il leur est par ailleurs difficile d'exprimer leurs réticences à l'égard d'un médicament permettant de supprimer des idées suicidaires.

Un certain message préventif, destiné au grand public, tend à mettre en évidence, parfois aussi à dramatiser, les effets secondaires et les risques liés à une consommation excessive d'antidépresseurs (Chambaretaud, 2000). Le discours visant à optimiser l'adhésion au traitement peut parfois être brouillé par une telle communication, dont l'objet peut paraître dissuasif. Dans la majorité des cas, et ce malgré des difficultés de tolérance le plus souvent passagères, les patients sont satisfaits dès les premières semaines suivant l'instauration de la médication (Schaffer et Yoon, 2001). Ce résultat dépend évidemment de la capacité du praticien à prendre au sérieux la survenue d'éventuels effets secondaires, à effectuer un travail d'explication honnête et franc, à ajuster la posologie en cas de nécessité. Toutefois, il n'est pas rare que des sujets pourtant moyennement adaptés à leur schéma thérapeutique refu-

sent les simplifications proposées par leur médecin (Mottur-Pilson *et al.*, 2001).

Pour Morris et Shulz (1992), lorsqu'un traitement est envisagé, le praticien doit expliquer à son patient les difficultés inhérentes à la prise régulière du principe actif, le malade devant alors être vraiment décidé, s'approprier la décision thérapeutique et se mettre en état de combativité. Selon ces auteurs, le message préventif collectif paraît avoir moins d'impact qu'un discours individualisé.

❒ Simplification des schémas thérapeutiques

Pour Zrinyi (2001), il convient d'accorder la plus grande attention à la simplification des schémas thérapeutiques : « À cet égard, il est nécessaire de prendre parfois des distances avec les illusions perfectionnistes. Prescrire dix-sept pilules quotidiennement, imaginer que tout ira très bien, et mettre ensuite un éventuel échec sur le compte d'une mauvaise observance, ce n'est pas sérieux. Un traitement simple, tout aussi efficace et pris correctement vaut mieux qu'un traitement compliqué mais pas pris du tout. »

Frank *et al.* (1995) vont dans le même sens, en soulignant qu'« il semble important de réviser l'image en général trop négative qui est véhiculée à propos des psychotropes. Pourquoi ne pas entendre aussi des patients qui vont bien, qui gèrent remarquablement leurs prises de médicament? Et mettre en place une dynamique d'encouragement plutôt que d'entretenir le scepticisme? Il ne s'agit pas, à notre sens, de proclamer que tout est facile, au risque de culpabiliser les individus qui éprouvent des difficultés ou expriment des doutes légitimes. Mais bien plutôt de soutenir, de réconforter, de stimuler, d'aider chaque patient à intégrer une perception éclairée, motivante et aussi raisonnablement critique, des traitements proposés ». Parmi les initiatives allant dans ce sens, celle du « *buddy system* » australien consiste à faire prendre en charge un nouveau patient par un ancien. Sur le plan associatif, des groupes de soutien en matière d'adhésion au traitement se forment au sein de nombreux réseaux d'accompagnement.

❒ La verification de la prise du traitement

Pour Benkert *et al.* (1997), il est indispensable de demander régulièrement aux patients s'ils arrivent à prendre correctement leur traitement, et leurs techniques afin de ne pas l'oublier. La confiance réciproque et l'absence de pénalisation en cas d'omission facilitent les échanges.

Dans un premier temps, avant de penser l'inefficacité d'un traitement antidépresseur et d'envisager le recours à une électroconvulsivothérapie (ou sismothérapie, ou électrochocs), il faut vérifier la prise correcte du médicament, à savoir (Palazzolo, 2004a) :

➢ pendant un temps suffisant (au minimum trois semaines d'affilée) ;

➢ à dose suffisante (si le médecin a prescrit trois comprimés par jour et que la personne dépressive n'en n'a pris qu'un seul par 24 heures, il n'est pas possible de reconnaître l'inefficacité de la médication).

Si le traitement médicamenteux a été suivi correctement, il faut ensuite s'assurer que le patient ne prend pas en plus d'autres produits pouvant expliquer cette résistance à l'antidépresseur. Ainsi, s'il consomme de l'alcool, du cannabis ou d'autres toxiques de manière régulière, il peut très bien rester dépressif alors même que la prescription est respectée. D'autres médicaments associés peuvent poser problème (certains produits contre l'hypertension artérielle, certaines hormones, les corticoïdes, certains anxiolytiques comme les benzodiazépines…). Enfin, il faut se poser la question d'une éventuelle maladie associée pouvant être à l'origine de la dépression, maladie qu'il aurait bien évidemment fallu traiter avant même de prescrire un antidépresseur (maladie de Parkinson, syndrome de Cushing, certaines tumeurs au cerveau, accident vasculaire cérébral, dysthyroïdie…).

Ces hypothèses éliminées et l'échec thérapeutique avec deux antidépresseurs de familles différentes constaté, il est effectivement possible de parler de dépression résistante.

En cas de dépression résistante, l'électroconvulsivothérapie peut être envisagée. Elle constitue une thérapeutique antidépressive dont l'efficacité est admise par la majorité des psychiatres européens et nord-américains. Cette technique, introduite en 1934, a bénéficié de nombreuses modifications visant à améliorer son efficacité et sa sécurité. Parallèlement à cette évolution, l'amélioration des techniques et surtout la curarisation préalable – l'injection du curare à faible dose permet de paralyser les muscles et d'éviter les convulsions – sous anesthésie générale d'une dizaine de minutes tout au plus, ont considérablement réduit les risques de cette méthode.

Les mécanismes par lesquels la sismothérapie exerce ses effets restent mal connus. Les hypothèses avancées sont des modifications de l'activité électrique cérébrale qui provoqueraient des variations du débit sanguin cérébral et de la microcirculation dans ce territoire. Des changements de perméabilité de la barrière hémato-encéphalique et la libération de neurotransmetteurs entreraient également en jeu.

L'existence d'une crise convulsive généralisée tonico-clonique pendant la séance est reconnue de façon unanime comme une condition *sine qua non* d'efficacité. Pour déclencher une crise, l'intensité du choc électrique doit dépasser le seuil critique convulsivant. La quantité de courant délivrée n'intervient pas. En général, sont utilisés des courants de 70 à 130 volts délivrés pendant 0.3 à 1 seconde. Le seuil épileptogène possède une variabilité interindividuelle qui dépend de l'âge, du sexe et des conditions techniques utilisées (position des électrodes, choc unitemporal ou bitemporal).

La convulsion généralisée ne produit pas de dommages cérébraux en l'absence d'hypoxémie sévère concomitante. La crise est à l'origine d'une augmentation très importante du débit sanguin cérébral et de la pression intracrânienne. Par ailleurs, la survenue de modifications cardiovasculaires liées à une stimulation parasympathique initiale est observable (bradycardie avec parfois échappement jonctionnel à l'ECG, hypotension, hypersialorrhée). La phase clonique est accompagnée d'une stimulation sympathique responsable d'une tachycardie et d'une poussée hypertensive. Cette stimulation sympathique est due à une libération de catécholamines dans le torrent circulatoire.

Elle s'accompagne d'une élévation des taux plasmatiques d'adrénaline et de noradrénaline. Toutes ces perturbations sont suivies d'un retour progressif à la normale en une heure environ.

Les effets indésirables de la sismothérapie expliquent logiquement les contre-indications. Le phéochromocytome, l'hypertension intracrânienne, un accident vasculaire cérébral ou un infarctus datant de moins de trois mois, l'insuffisance coronaire instable, un anévrisme aortique ou intracérébral, un traitement par anticoagulants sont considérés comme contre-indications absolues (Datto, 2000).

Dans certains cas, l'électroconvulsivothérapie peut être effectuée en première intention, avant même la prescription d'un antidépresseur. Il s'agit généralement de situations particulières, telles qu'une dépression majeure (appelée mélancolie) avec risque suicidaire très important et éventuellement délire associé, une intolérance (forme d'allergie) connue aux antidépresseurs, un âge avancé (les antidépresseurs risquant alors d'entraîner des effets secondaires importants) une femme dépressive enceinte.

La stimulation magnétique transcrânienne

Depuis son introduction en 1985, la stimulation magnétique transcrânienne s'est rapidement développée comme nouvelle méthode non invasive et indolore de traitement de la dépression. Le principe consiste en la production d'un courant électrique puissant et rapide, libéré de façon intermittente par la décharge de condensateurs, à travers une petite bobine électromagnétique dirigée vers le scalp. Ce courant génère par inductance un champ magnétique d'une force de un à deux Tesla. Les oscillations du champ magnétique induisent un courant électrique au contact des tissus cérébraux à l'origine d'un potentiel d'action au sein des neurones situés à 1,5-2 cm de la bobine. Selon le type de neurones, la propagation a des effets directement observables et des effets indirects par la diffusion de ce potentiel d'action à d'autres centres nerveux situés à distance de la stimulation. Les stimulations peuvent être uniques, séparées de quelques secondes, ou répétées. Les études thérapeutiques utilisent des séries d'impulsions avec l'application durant plusieurs secondes ou minutes de divers trains d'impulsions séparés par des intervalles de repos. Le nombre d'impulsions varie de 1 toutes les 10 secondes à 100 par seconde (0,1 à 100 Hz).

Le cortex préfrontal dorsolatéral est la principale cible des stimulations car il est accessible et hautement connecté aux autres structures du réseau cortico-sous-cortical (régions corticales préfrontales, cingulaires, pariétales et temporales, striatum, thalamus et hypothalamus) impliqué dans la dépression. La stimulation magnétique transcrânienne modifie l'excitabilité du cortex, et par là même le débit sanguin cérébral régional. Sur le plan biologique, les effets de la stimulation magnétique transcrânienne sont multiples, affectant le système neuroendocrine, en particulier les axes thyréotropes et corticotrope. Elle entraîne une augmentation de libération de la dopamine et de la sérotonine, une diminution de la libération de vasopressine, et modifie la production de facteurs de neuroprotection ainsi que la sensibilité des récepteurs aux

neurotransmetteurs. Des études chez le volontaire sain ont mis en évidence une augmentation de la perception subjective de tristesse après stimulation du lobe préfrontal gauche, et un effet inverse après stimulation du lobe préfrontal droit (Anderson *et al.*, 2006). Différentes études en ouvert et contrôlées chez les patients dépressifs résistants ont montré des résultats encourageants, mais inconstants, inconstance probablement liée aux difficultés à préciser les paramètres de stimulation, les profils des patients répondeurs et les schémas thérapeutiques.

Les effets thérapeutiques semblent ne durer que quelques semaines. Il faut dès lors trouver un moyen de combiner la stimulation magnétique transcrânienne avec un traitement médicamenteux.

L'unique effet secondaire observé est une légère céphalée, causée par la tension des muscles situés dans cette région (Wassermann, 2000).

Un des points très positifs est l'absence de signes de troubles de mémoire, contrairement à l'électroconvulsivothérapie (Lisanby *et al.*, 2000).



Fig. 1.7. La luminothérapie

La luminothérapie

Le principe de la luminothérapie consiste à s'exposer régulièrement à une source de lumière spécifique, sans pour autant regarder fixement l'appareil. Pour les spécialistes, la dose recommandée doit être comprise entre 2500 et 3000 lux. La luminothérapie utilise une lumière blanche, dite « à large spectre », imitant celle du soleil, et qui permet de traiter les troubles associés au dérèglement de l'horloge biologique interne, comme la dépression saisonnière.

La luminothérapie agirait au niveau de l'épiphyse, glande située dans le cerveau et synthétisant une neurohormone appelée mélatonine. Cette hormone est en quantité anormalement élevée chez les personnes souffrant de dépression saisonnière. Lors de journées courtes de faible luminosité, la sécrétion de mélatonine s'emballe, provoquant un dérèglement de l'horloge biologique. De ce fait, même en pleine journée, la personne a envie de dormir. Ajoutons à cela une baisse de moral, un manque d'énergie, des petites fringales, une prise de poids, un hiver redouté, etc. La luminothérapie rétablit l'horloge interne après quelques séances. Il est généralement conseillé de s'exposer 10 à 15 jours d'affilée pour obtenir des résultats durables.

Les bienfaits de ces séances se font ressentir au bout de trois ou quatre jours, mais cela varie d'un individu à l'autre. Il est également conseillé d'effectuer quatre à cinq séances par semaine durant les périodes sombres, de préférence le matin.

Il existe cependant des contre-indications. La luminothérapie ne convient pas aux personnes souffrant de cataracte, de glaucome ou de trouble bipolaire.

L'hygiène de vie

La plupart des spécialistes ont constaté qu'une petite promenade quotidienne, si possible au soleil pour le degré de luminosité, comme nous venons de le voir – améliore le moral. Toute activité physique, même brève, est capable de libérer des substances appelées endorphines dans le système nerveux central. Ces substances naturelles, produites directement dans le cerveau, contribuent à agir de manière positive sur l'humeur. Les personnes pratiquant régulièrement du sport ou exerçant une activité professionnelle physique répondent parfois mieux aux antidépresseurs, et plus vite, que les sédentaires.

Du point de vue de l'alimentation, aucun régime spécifique n'a démontré jusqu'à présent son efficacité contre la dépression. Une alimentation équilibrée constituée d'hydrates de carbone (céréales, sucres lents), de fruits, de légumes et d'aliments pauvres en graisses est recommandée car elle est bonne pour la santé, mais aucun effet spécifique sur l'humeur n'a été mis en évidence. Pour les produits multivitaminés, l'alimentation macrobiotique, les traitements homéopathiques ou chiropratiques, voire les fameux oméga-3, les études scientifiques contrôlées n'ont toujours pas démontré formellement leur utilité.

QUAND PASSER LA MAIN AU SPÉCIALISTE ?

Lors d'une consultation, il n'est pas rare que la personne déprimée expose d'une manière différente ses symptômes selon qu'elle s'adresse à un médecin généraliste ou à un psychiatre.

Dans le cabinet du médecin généraliste, les plaintes du patient dépressif sont essentiellement somatiques, et les trois éléments prédominants sont l'asthénie, l'anxiété et l'insomnie. Chez le psychiatre, le consultant insiste plutôt sur son

humeur dépressive, sa douleur morale, son sentiment d'auto-dévalorisation et le ralentissement psychomoteur.

Fréquemment, le déprimé ne veut pas (ou ne peut pas?) reconnaître qu'il est malade. L'en convaincre est une étape non négligeable de la prise en charge. Face à un sujet triste, présentant notamment des idées noires, une anhédonie, des ruminations, des troubles du sommeil, le médecin doit tout d'abord se convaincre lui-même qu'il a bien affaire à un déprimé, avant de convaincre le patient. Cela peut nécessiter plusieurs jours, et il n'est pas toujours aisé de disposer de temps dans ce genre de situation. Dans certains cas (essentiellement si des propos suicidaires sont verbalisés ou bien si la dépression s'accompagne de symptômes psychotiques [délire]), il peut être nécessaire d'envisager une hospitalisation sous contrainte (voir Annexe 3).

L'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)

Le patient qui refuse une hospitalisation en psychiatrie sera hospitalisé sans son consentement dans le cas où, suivant l'article L 3212-1 du Code de la santé publique :

➢ son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier;

➢ ses troubles rendent impossible son consentement à ses soins.

Les pièces indispensables à l'admission en HDT sont les suivantes :

Une demande d'admission rédigée par un tiers

Elle doit être rédigée entièrement à la main, puis datée et signée par la personne demandeuse. Cette personne ne doit pas faire partie du personnel soignant de l'établissement d'accueil. La demande doit obligatoirement comporter les nom, prénom(s), profession, âge et domicile de l'auteur de la demande et de la personne à hospitaliser. Doivent aussi apparaître les indications précises sur la nature des relations entre ces deux personnes, les éventuels liens de parenté ou de voisinage.

Les certificats médicaux nécessaires

Deux certificats médicaux de moins de 15 jours sont nécessaires. Les deux médecins établissant ces certificats ne peuvent être parents ou alliés au 4e degré, ni entre eux, ni avec le directeur du centre de soin, ni avec l'auteur de la demande de tiers, ni avec la personne hospitalisée.

Le premier certificat doit être établi par le médecin appelé par la famille ou les proches du patient. Ce médecin ne doit pas exercer dans le centre de soin où se fera l'hospitalisation. Le certificat doit constater l'état mental de la personne à hospitaliser sans son consentement.

Le deuxième certificat peut être établi par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil. Il doit confirmer le premier certificat.

L'hospitalisation d'office (HO)

Cette hospitalisation est un internement d'ordre administratif. Elle est régie par les articles L. 3213-1 et suivants du Code de la santé publique. La pièce essentielle est l'arrêté préfectoral. Celui-ci doit être motivé et indiquer les circonstances qui l'ont rendu nécessaire. Cette motivation se fonde sur :

➢ une enquête du maire ou des services de police notant les témoignages recueillis et les faits démontrant le trouble mental et le caractère dangereux des actions ;

➢ un certificat médical constatant l'existence de troubles mentaux et leur dangerosité. Il ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement de santé devant accueillir le patient.

En dehors de ces cas extrêmes, il peut être nécessaire de « passer la main » au spécialiste lorsque la pathologie mentale de la personne ne nécessite plus uniquement des soins médicamenteux, mais également une prise en charge psychothérapique, voire médico-sociale qui ne peut être apportée dans le cadre d'une simple consultation de médecine générale. Le relais avec un centre médico-psychologique (CMP) peut alors représenter une alternative intéressante. Auparavant dénommés « dispensaires d'hygiène mentale », les centres médico-psychologiques sont des établissements publics qui regroupent des spécialistes et proposent une offre de soins mentaux pris en charge par la Sécurité sociale.

Un CMP regroupe des médecins psychiatres, des psychologues cliniciens, des infirmières, des assistantes sociales, voire des éducateurs spécialisés. Il assure généralement des consultations, des visites à domicile ou encore des soins infirmiers. Contrairement aux consultations effectuées chez les praticiens libéraux, les consultations en CMP sont entièrement prises en charge par la Sécurité sociale.

Chaque centre travaille sur un secteur géographique déterminé, il est rattaché à un hôpital public. Il en existe pour adultes et pour enfants.

2 | ANXIÉTÉ

FAIRE LE DIAGNOSTIC

L'anxiété est une sensation de tension intérieure de danger imminent. Elle peut être paralysante ou, au contraire, susciter de l'agitation (avec incapacité à rester en place). Elle peut se cristalliser sur une situation particulière ou un objet spécifique : peur nouvelle d'un contexte social avec incapacité à l'affronter (un changement de travail par exemple), préoccupations excessives concernant son état de santé, etc. L'anxiété devient pathologique lorsqu'elle perturbe de manière non négligeable la vie du sujet. Généralement, dans ce cas, des symptômes somatiques s'associent aux peurs : oppression thoracique, palpitations, sueurs, tremblements, gorge serrée, difficulté à déglutir (Palazzolo et Pinna, 2005)…

L'anxiété et l'inquiétude font partie de la vie. Que l'enjeu soit une promotion sur le plan professionnel ou le résultat d'un événement sportif, la plupart des individus vont ressentir une certaine inquiétude vis-à-vis de l'issue finale. L'anxiété est une émotion banale, qui peut être utile à condition de rester modérée. Elle peut constituer une réponse adaptée à une situation difficile. Elle peut motiver une personne à se préparer pour un examen, à s'entraîner pour un championnat important, et peut lui donner l'inspiration nécessaire à la réalisation d'un travail ou de performances de grande qualité. L'anxiété prépare l'individu à faire face à des situations difficiles ou menaçantes, le pousse à l'action et l'aide à se sortir d'un mauvais pas.

Éprouver de la nervosité par anticipation vis-à-vis d'une situation anxiogène est normal, mais lors de troubles pathologiques cette angoisse est exagérée. L'anxiété peut alors empêcher le sujet d'agir efficacement, voire le rendre incapable de gérer ses activités quotidiennes. Une anxiété excessive représente davantage qu'un simple trac, elle est une réelle affection nécessitant une prise en charge adaptée (Balon, 2006).

Les troubles anxieux représentent les syndromes cliniques les plus remaniés au sein des dernières versions des manuels diagnostiques des troubles mentaux. Tout au long de ces quinze dernières années, les différentes pathologies liées à l'anxiété ont peu à peu quitté le vaste champ conceptuel des névroses qui reposait sur des notions psychodynamiques. Le terme de *névrose d'angoisse* a d'ailleurs été retiré des classifications cliniques en usage, afin de proposer des catégories diagnostiques possédant une meilleure validité sémiologique (Lépine et Chignon, 1995).

La symptomatologie anxieuse

La symptomatologie anxieuse peut être résumée de la manière suivante :

SYMPTÔMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX

• L'anxiété est une émotion désagréable qui se traduit par une sensation subjective de malaise, de tension interne.
• Les pensées de l'anxieux sont généralement centrées vers l'avenir. Il s'inquiète facilement pour lui-même ou pour ses proches. L'activité cognitive et intellectuelle forge des scénarios catastrophiques dont les thèmes sont des échecs probables: la survenue d'une maladie gravissime, d'un accident mortel, de problèmes financiers…
• Lors de certains états anxieux aigus, le patient peut vivre des expériences de dépersonnalisation (sentiment de se sentir étranger à son propre corps) et/ou de déréalisation (perte de l'intimité avec le monde environnant habituel).
• Les perturbations cognitives et l'inhibition de la pensée, à un certain seuil d'intensité anxieuse, trouvent une traduction dans l'altération des performances du sujet.
• L'inhibition anxieuse est aussi comportementale. Elle peut être dans certains cas masquée par une agitation improductive et désordonnée, ou des comportements marqués par une certaine agressivité.
• Des travaux expérimentaux ont montré que la courbe de la qualité des performances intellectuelles en fonction de l'intensité de l'anxiété avait une forme de U inversé. Il semble exister – pour un individu devant réaliser une performance précise dans des conditions déterminées – un niveau d'anxiété optimal, mobilisateur, voire moteur. Ainsi, les performances sont altérées si l'anxiété est excessive, mais également lorsque celle-ci est insuffisante.

SYMPTÔMES SOMATIQUES

Ils sont très variés et correspondent à un hyperfonctionnement du système nerveux autonome :
• Sur le plan cardiovasculaire : tachycardie, troubles mineurs du rythme cardiaque (notamment des extrasystoles bénignes avec pauses compensatoires qui donnent quelquefois l'impression à l'anxieux que son cœur va s'arrêter), douleurs précordiales (le patient redoute de « faire un infarctus »), modifications labiles de la tension artérielle.
• Sur le plan respiratoire : les signes vont d'une discrète oppression à des sensations plus intenses d'étouffement, voire de « souffle coupé ».
• Sur le plan digestif : sensation de « boule dans la gorge » (qui peut gêner l'alimentation), nausées, diarrhée.
• Sur le plan neuromusculaire : tension musculaire quelquefois douloureuse (notamment céphalées postérieures dites de « tension »), tremblements, paresthésies, bourdonnements d'oreilles.
• Sur le plan vasomoteur : hypersudation, pâleur, bouffées vasomotrices.
• La présence de signes somatiques est constante lors des états anxieux. Elle est souvent au premier plan dans la plainte du patient, ce qui l'amène à consulter – plus souvent qu'un psychiatre – son médecin généraliste, un médecin urgentiste ou un cardiologue.

Les divers troubles anxieux

Les troubles anxieux constituent un groupe d'atteintes très communes. Ils peuvent être graves, mais tout à fait traitables. Ils affectent le comportement, les pensées, les sentiments et les perceptions physiques. Ils comptent un grand nombre d'états en apparence très différents, qui comportent tous l'anxiété comme symptôme sous-jacent principal. Les symptômes de l'anxiété vont d'une simple inquiétude à des épisodes de terreur handicapante. Pour le DSM IV (*American Psychiatric Association*, 1996), le concept de *troubles anxieux* regroupe plusieurs entités distinctes :

➢ « Une attaque de panique est une période bien délimitée marquée par l'occurrence soudaine d'une appréhension intense, d'une peur ou d'une terreur souvent associée à des sensations de catastrophe imminente. Durant ces attaques sont présents des symptômes tels que des sensations de "souffle coupé", des palpitations, des douleurs ou une gêne thoracique, des sensations d'étranglement ou des impressions d'étouffement, et la peur de devenir fou ou de perdre le contrôle de soi » (DSM IV).

➢ L'agoraphobie est une anxiété liée à, ou un évitement d'endroits ou de situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper, ou dans lesquels aucun secours ne serait disponible en cas d'attaque de panique ou de symptômes à type de panique.

➢ Le trouble panique sans agoraphobie est caractérisé par des attaques de panique récurrentes et inattendues à propos desquelles il existe une inquiétude persistante. Le trouble panique avec agoraphobie est caractérisé à la fois par des attaques de panique récurrentes et inattendues et par une agoraphobie.

➢ L'agoraphobie sans antécédent de trouble panique est caractérisée par la présence d'une agoraphobie et de symptômes de type panique sans antécédent d'attaques de panique inattendues.

➢ La phobie spécifique est caractérisée par une anxiété cliniquement significative, provoquée par l'exposition à un objet ou une situation spécifique redoutées, conduisant souvent à un comportement d'évitement.

➢ La phobie sociale est caractérisée par une anxiété cliniquement significative, provoquée par l'exposition à un certain type de situations sociales ou de situations de performance conduisant souvent à un comportement d'évitement.

➢ Le trouble obsessionnel compulsif est caractérisé par des obsessions (entraînant une anxiété ou une souffrance marquée) et/ou par des compulsions (servant à neutraliser l'anxiété).

➢ L'état de stress post-traumatique est caractérisé par la reviviscence d'un événement extrêmement traumatique, accompagné de symptômes d'activation neurovégétative, et par l'évitement des stimuli associés au traumatisme.

➢ L'état de stress aigu est caractérisé par des symptômes similaires à ceux de l'état de stress post-traumatique, qui surviennent immédiatement dans les suites d'un événement extrêmement traumatique.

➢ L'anxiété généralisée est caractérisée par une période d'au moins six mois d'nxiété, et des soucis persistants et excessifs.

➢ Le trouble anxieux dû à une affection médicale générale est caractérisé par des symptômes anxieux au premier plan, qui sont considérés comme la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale.
➢ Le trouble anxieux induit par une substance est caractérisé par des symptômes anxieux au premier plan, qui sont considérés comme la conséquence physiologique directe de l'exposition à une substance donnant lieu à abus, un médicament ou une substance toxique.
➢ Le trouble anxieux non spécifié permet de coter des troubles avec une anxiété ou évitement phobique prononcés qui ne remplissent les critères d'aucun des troubles anxieux spécifiques définis ci-dessus (ou des symptômes anxieux vis-à-vis desquels il existe des informations inadéquates ou contradictoires). »

Les différents modèles explicatifs de l'anxiété

Plusieurs modèles explicatifs de l'anxiété ont été élaborés. En voici un résumé :

Tableau 2.I. *Modèles théoriques de l'anxiété*

Théorie biologique
• Dérèglement du système d'adaptation métabolique et respiratoire avec hypersensibilité à des modifications du CO_2 et du pH sanguins (conséquence de l'hyperventilation). • Dysfonctionnement noradrénergique avec hypersensibilité aux stimuli.
Théorie cognitive
• Devenu incapable de traiter les informations reçues, le sujet anxieux ne peut plus agir (il est victime de ce que l'on appelle une « interruption des plans d'actions »). L'anxiété est considérée comme secondaire à l'inhibition. Outre le vécu subjectif désagréable, elle comprend une véritable hyperréactivité psychique destinée à favoriser la recherche de plans d'actions, recherche qui s'avère improductive (ce d'autant qu'il y a un traitement sélectif de l'information). Les perceptions anxiogènes étant favorisées, elles concourent à l'appréciation exclusive d'un danger imminent ou incontrôlable. • La pensée du patient s'inscrit dans un schéma de danger permanent contribuant à une vision erronée de soi et de l'environnement, avec une hypersensibilité à tous les signaux de danger potentiel. • Les symptômes somatiques, fréquemment interprétés comme témoignant d'une maladie possiblement grave (cardiaque notamment), renforcent l'anxiété du sujet. • Il y aurait ainsi l'acquisition d'une vulnérabilité psychologique avec, peu à peu, au gré des événements de vie négatifs, des réactions émotionnelles de plus en plus autonomes et de moins en moins adaptées, de plus en plus intenses, susceptibles de déclencher une alarme neurobiologique à la moindre stimulation extérieure. • Les stratégies d'ajustement au stress s'épuisent face à ces contraintes. Les patients finissent par perdre le sentiment de contrôle sur les circonstances et sur leurs propres aptitudes à réagir. Cette faible efficacité personnelle perçue et cette attribution externe signent la faillite des capacités d'adaptation, laissant place à des schémas de danger permanent.

►

▶ Tableau 2.I. *Modèles théoriques de l'anxiété* (suite)

Théorie psychanalytique
• Freud a élaboré successivement deux théories de l'angoisse : – la première théorie (1895) est économique. L'angoisse est conçue comme la résultante d'une rétention de la pulsion sexuelle, soit par répression (exigence du Surmoi), soit par insatisfaction (privation, frustration); – la deuxième théorie (1926) définit l'angoisse comme fonction biologique générique. L'angoisse reçoit un sens. Elle est le signal de l'effraction d'une problématique automatique liée à un conflit intrapsychique. Elle alerte le Moi et provoque le refoulement du conflit. • Alors que dans la première théorie le refoulement crée l'angoisse, dans la deuxième théorie c'est l'angoisse qui provoque le refoulement. Malgré cette contradiction, ces deux approches peuvent être articulées, comme a pu le montrer Laplanche. • Après Freud, de nombreux auteurs ont apporté leurs propres contributions. Bowlby a montré que, lorsqu'un bébé est séparé durablement de sa mère, il développe successivement trois types de réactions : protestation, désespoir, détachement. Ultérieurement, Klein a proposé une compréhension de l'attaque de panique inspirée des travaux de Bowlby, la crise anxieuse correspondant à une phase de protestation par rapport à une angoisse de séparation inconsciente.

QUELQUES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

L'étude réalisée dans le cadre du programme *Epidemiologic Catchment Area* (ECA) a mis en évidence le fait que la prévalence des états anxieux, tous diagnostics confondus, est de 9 % sur six mois et de 15,1 % sur la vie entière (Regier et Kaelber, 1995).

La prévalence du trouble panique et de l'agoraphobie est respectivement de 0,9 et de 3,4 % sur six mois, et de 2,1 % et de 4,8 % sur la vie entière.

Diverses enquêtes européennes menées en référence à la classification internationale des maladies (CIM) ont retrouvé des prévalences de 0,5 à 8,5 % pour l'anxiété généralisée. Dans le cadre de la *Munich follow-up study*, Wittchen (1988) a rapporté des chiffres très semblables à ceux observés dans l'enquête ECA.

L'ANXIEUX FACE AU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Une demande pas toujours facile à satisfaire

Le discours médical se centre en premier lieu sur le réel. À partir de la plainte du patient, le médecin cherche par son écoute, l'interrogatoire puis l'examen clinique à déceler une origine organique au trouble présenté par la personne en souffrance (Shinn, 2007).

L'organicité, la mise en évidence d'une altération anatomique, donne une explication objective, médicalement reconnue, à la plainte, quelle qu'elle soit. Elle rassure à la fois le soigné et le soignant en permettant d'envisager une stratégie thérapeutique claire et précise qui mettra fin le plus souvent à la souffrance exprimée par le patient au travers de ses doléances.

Mais, dans le cas de l'anxiété, l'organicité ne peut pas être établie. La plainte ne trouve alors pas d'issue immédiate dans l'ordre du savoir médical et risque de faire vaciller en conséquence la confiance du patient en son médecin, assuré de la souffrance qui l'amène à consulter, (Balon, 2005).

Il s'agit donc bien souvent d'une mise en échec du savoir médical, mais aussi de la plainte du malade. Les réactions sont alors diverses de part et d'autre : agressivité, surcroît de prescription du praticien et/ou demandes médicamenteuses du patient et/ou d'examens complémentaires. Enfin, le médecin doit parfois faire admettre la nécessité d'un suivi psychiatrique, d'un autre avis médical, d'une surveillance évolutive… Bref, d'une hésitation.

Une autre possibilité est que le symptôme soit étiqueté par le médecin comme « fonctionnel ». Affirmer le caractère fonctionnel d'un trouble nécessite d'abord d'éliminer le plus exactement possible une éventuelle organicité. Néanmoins, une fois ce terme posé, il ne s'agit pas d'exclure le patient de la maladie.

Le praticien doit trouver les mots pour prendre en compte le symptôme présenté par son patient. Le sentiment d'échec ou de frustration que crée la situation, dans le « couple » médecin-malade, pourra alors être dépassé. Dans la plainte fonctionnelle s'exprime une souffrance réelle du soigné que le soignant accepte de prendre en compte. Affirmer l'absence d'organicité n'est pas pour autant donner un motif de non-recevoir à la plainte. Le dialogue soignant-soigné s'ouvre alors, et le trouble prend une dimension non plus seulement médicale, mais également humaine. Le caractère fonctionnel ne signifie pas pour autant une origine exclusivement psychologique. Il s'agit de relier, d'expliciter les liens entre psyché et soma, en se gardant de toute interprétation qui dans ce contexte serait hâtive (Ninan et Berger, 2001).

Ainsi, alors que face à une *organicité* le savoir médical suffit à mettre en place une thérapeutique, dans le cas d'une plainte *fonctionnelle*, telle qu'on la retrouve dans l'anxiété, l'écoute et la parole du médecin deviennent subjectivantes et prennent en elles-mêmes un rôle thérapeutique essentiel, permettant de donner une place et un sens au symptôme dans l'histoire du patient.

La prise en charge non médicamenteuse du sujet anxieux

La gestion individuelle de l'anxiété consiste à apprendre au patient à identifier non seulement les facteurs anxiogènes auxquels il est confronté, mais aussi les réponses qu'il développe face à ces facteurs. Le but de cette prise en charge est de remplacer les réponses habituelles de l'individu par d'autres réponses physiologiques, cognitives et comportementales plus efficaces à réduire l'angoisse. Trois méthodes peuvent alors être proposées : la relaxation, les techniques cognitives et la modification de la réponse comportementale.

La relaxation

La relaxation est une réponse physiologique antagoniste de celle d'angoisse. De ce fait, il est difficile de concevoir des stratégies de gestion de l'anxiété qui n'intègreraient pas, sous une forme ou une autre, ce type de méthode. Elle n'est pas innée, et s'acquiert par la pratique régulière et l'utilisation adéquate de l'une des nombreuses techniques existantes : training autogène, relaxation musculaire progressive, etc. Le but de la relaxation est d'apprendre au sujet à déclencher volontairement une réponse physiologique spécifique qui neutralise les effets indésirables de l'anxiété.

Les effets physiologiques de la relaxation font suite à des actions combinées du système nerveux autonome, du système hormonal et du cortex cérébral, qui s'expriment dans une réponse généralisée. Ces effets sont les suivants :

- ➢ diminution de la consommation d'oxygène et de l'élimination du dioxyde de carbone ;
- ➢ diminution du rythme respiratoire ;
- ➢ diminution du rythme cardiaque ;
- ➢ diminution de la pression artérielle ;
- ➢ diminution du flux sanguin vers les muscles ;
- ➢ dilatation des vaisseaux sanguins périphériques ;
- ➢ diminution de la transpiration ;
- ➢ diminution du taux sanguin de cholestérol et de lactate (à l'origine des crampes) ;
- ➢ diminution de la tension des muscles et de leur activité électrique ;
- ➢ augmentation des ondes cérébrales alpha et thêta (ondes retrouvées à l'électro-encéphalogramme lors du sommeil) ;
- ➢ augmentation de l'élimination salivaire ;
- ➢ stabilisation de la motilité gastrique ;
- ➢ détente des sphincters rectal et vésical.

L'état physiologique de relaxation peut être obtenu si l'individu respecte quatre conditions fondamentales : environnement calme, attitude passive, concentration (sur un mot, une image, une partie du corps, etc.), tonus musculaire diminué.

Deux types de relaxation sont essentiellement utilisés en pratique : le training autogène et la relaxation musculaire progressive.

❒ Le training autogène

L'état de relaxation induit par cette technique se caractérise par :

- ➢ une détente musculaire ;
- ➢ une dilatation des vaisseaux sanguins des extrémités des membres ;
- ➢ un ralentissement respiratoire et cardiaque ;
- ➢ une détente abdominale ;
- ➢ une fraîcheur ressentie au niveau du front.

Cet état est atteint par étapes successives, au fil des séances, en travaillant sur chacun des éléments cités.

Le sujet est installé soit en position allongée (le plus souvent), soit en position assise sur un fauteuil ou une chaise. Il se concentre à la fois sur des instructions verbales (par exemple : « Votre bras droit est lourd, votre jambe gauche est chaude, votre cœur bat lentement et calmement »), des représentations mentales (par exemple, imaginer son bras droit comme étant en plomb, ou sa jambe gauche exposée aux rayons du soleil), et les sensations corporelles qui en découlent, témoins des changements physiologiques (par exemple, la lourdeur du bras droit, la chaleur de la jambe gauche).

L'état de relaxation induit par cette technique s'acquiert en quelques mois, à raison d'une à deux séances par semaine avec le praticien, associées à une pratique quotidienne chez soi.

❐ La relaxation musculaire progressive

Cette forme de relaxation est particulièrement indiquée pour les sujets ayant des difficultés à s'abandonner passivement à la technique précédente, et préférant une technique plus active. Les exercices consistent à faire alterner la contraction et la détente de groupes musculaires : le sujet contracte fortement un groupe de muscles et se concentre sur les sensations physiques de tension ; il relâche ensuite et détend progressivement les muscles et se concentre de la même façon sur la sensation de détente musculaire.

Successivement, différents groupes musculaires sont abordés, en général dans l'ordre suivant : poings, bras, avant-bras, épaules, cou, mâchoires, yeux, front, dos, thorax, abdomen, fesses, jambes, mollets.

L'ensemble des exercices, pour chaque groupe musculaire, dure environ quinze minutes. Au début, en période d'apprentissage, il est nécessaire de pratiquer une à deux fois par jour la totalité de ces exercices, en faisant alterner contraction et détente. Progressivement, le sujet apprend à obtenir une détente des muscles en ayant de moins en moins recours à la phase initiale de contraction.

❐ Les autres méthodes

Les autres méthodes (telles que la relaxation psychologique : relaxation psychodynamique, hypnose… ; la relaxation philosophique : yoga, méditation transcendantale…) trop complexes sont peu utilisées Elles nécessitent un apprentissage long et sont orientées vers d'autres buts, même si elles comportent une composante physiologique.

L'utilisation de la relaxation doit cependant obéir à deux règles pour être pleinement efficace : un apprentissage progressif et une utilisation adéquate.

La réponse de relaxation n'apparaît pas spontanément, et doit donc être apprise. L'apprentissage se fait progressivement, en plusieurs semaines. Le praticien travaille lentement, se contentant au début de n'apprendre au sujet que quelques exercices à compléter par la suite. En revanche, une pratique régulière (au moins une quinzaine de minutes par jour) est fondamentale.

Ensuite, le praticien introduit la notion de mini-exercices de relaxation : plus courts, obtenus plus rapidement, déclenchés dans les situations de la vie

quotidienne (entraînements, travail, activités courantes...), produits de nombreuses fois par jour (8 à 12), d'intensité moindre que celle obtenue lors d'une séance complète de relaxation.

La relaxation doit être utilisée de trois façons :

➢ les séances complètes doivent être pratiquées régulièrement, chez soi ou au cabinet. Elles seules sont à même de mettre le sujet dans un état de détente physiologique et donc éventuellement de neutraliser les agressions liées à l'anxiété apparues dans les heures qui précèdent. Elles permettent aussi au sujet de maintenir sa compétence à déclencher la réponse de relaxation qui disparaît sans pratique ;

➢ les mini-exercices doivent également être pratiqués régulièrement. Ils permettent de réduire le niveau d'activation par rapport à l'anxiété, et de maintenir la compétence du patient à déclencher de plus en plus facilement la réponse de relaxation ;

➢ la dernière étape d'utilisation permet de gérer les situations d'angoisse avant même la confrontation, voire pendant la confrontation avec le facteur anxiogène.

Les techniques cognitives

Les approches cognitives de gestion de l'anxiété se sont développées à partir de la constatation simple que la manière dont l'individu perçoit le facteur anxiogène détermine en grande partie sa réaction. Ainsi, Lazarus a développé un modèle psychologique de l'anxiété, dans lequel la réaction ne survient seulement si le sujet a évalué la situation comme angoissante.

Classiquement, cette évaluation se fait en deux temps :

➢ une évaluation primaire. L'événement, le facteur, est jugé anxiogène lors, par exemple, d'une perte (le dommage est réalisé), d'une menace (le dommage est anticipé) ou d'un défi (nécessité de maîtriser la situation) ;

➢ une évaluation secondaire. Le sujet apprécie ses capacités à faire face à la situation (c'est ce que l'on appelle le *coping*).

Cette évaluation est sous la dépendance de nombreux facteurs liés aussi bien à l'individu (ses valeurs, ses croyances...) qu'à la situation (caractère de nouveauté, de durée, d'enjeu). Il existe de nombreuses stratégies à visée cognitive destinées à modifier tous les processus cognitifs inadaptés qui peuvent se manifester aux divers stades de l'évaluation, et donc conduire à la réponse anxieuse. Elles ont en commun un certain nombre de caractéristiques dans le déroulement du processus thérapeutique :

➢ Dans un premier temps, le sujet prend conscience de ses pensées automatiques, de ses interprétations survenant dans diverses situations et en particulier celles vécues comme anxiogènes.

➢ Il apprend ensuite à faire la différence entre celles reposant sur des bases objectives, et celles considérées comme subjectives.

➢ Ces deux premières étapes sont facilitées par la collecte de données précises par le sujet, souvent au moyen d'un agenda qui permet d'identifier,

de relever les cognitions inadaptées. Les cognitions sont analysées et critiquées avec l'aide du praticien.

➢ L'étape suivante consiste pour le sujet à adopter et à pratiquer des réponses comportementales et cognitives nouvelles pour affronter les facteurs anxiogènes.

Le changement des comportements

Il existe dans l'anxiété une composante comportementale décrite comme une réponse de fuite (évitement) ou de combat en fonction des individus.

Les principales stratégies utilisées associent un programme de gestion du temps et un entraînement à l'affirmation de soi.

L'entraînement à l'affirmation de soi utilise des techniques dans le but de faire acquérir au sujet un comportement affirmé qui, classiquement, s'oppose aux comportements passif, agressif, et inadéquat.

Trois modèles théoriques expliquent l'émergence de tels comportements :

➢ l'anxiété inhibitrice. Une angoisse plus ou moins importante apparaît face à une situation donnée, ce qui empêche le sujet de s'affirmer (la personne manque alors de confiance en elle) ;

➢ le manque de savoir-faire. Il correspond à un manque de compétence observable chez certains sujets ne possédant pas dans leur répertoire comportemental la possibilité de s'affirmer (la personne pense : « Je n'arriverai jamais à faire face ! ») ;

➢ les obstacles cognitifs. Certaines cognitions (idée de perdre, d'être rejeté, d'être raillé...) bloquent le comportement affirmé.

La méthode d'entraînement à l'affirmation de soi la plus utilisée se fait sous forme de jeux de rôle, en confrontant le sujet aux situations problématiques. La procédure du jeu de rôle habituellement suivie est la suivante :

➢ une situation donnée est jouée par le patient comme il le ferait dans la vie réelle ;

➢ la scène terminée est commentée par le praticien ou les autres membres du groupe (si elle a été jouée en groupe). Des instructions spécifiques sont alors données ;

➢ la scène est rejouée, en tenant compte des remarques formulées ;

➢ la séquence scène jouée-commentaires est reprise autant de fois que nécessaire.

Des comportements à risque sont induits par l'anxiété ou en sont à l'origine. Ainsi, dès la prise en charge d'une personne angoissée, il est nécessaire d'envisager la modification d'éventuels comportements problématiques (consommation de tranquillisants et/ou d'alcool, voire de toxiques : cannabis…) afin d'y substituer des comportements permettant au sujet d'augmenter sa résistance psychique aux situations anxiogènes. Dans le même but, il est important de conserver une bonne hygiène de vie, une alimentation équilibrée, un sommeil régulier.

En résumé

SIGNAUX D'ALARMES LIÉS À L'ANXIÉTÉ

- Irritabilité, tachycardie, respiration rapide et superficielle (tachypnée), tension musculaire.
- Troubles digestifs, crampes musculaires, diarrhée.
- Apathie, abattement.
- Troubles du sommeil.
- Troubles de la concentration.
- Isolement psychosocial.
- Réflexe de fuite.
- Instabilité thymique.

PRINCIPALES AFFECTIONS LIÉES À L'ANXIÉTÉ

- Troubles gastriques et intestinaux.
- Maladies cardiovasculaires.
- Affections psychiques comorbides (*cf.* plus loin).

SEPT CONSEILS À DONNER AU PATIENT ANXIEUX

- Parlez des problèmes au moment où ils surviennent. Ne les accumulez pas en vous.
- Restez à l'écoute des signaux envoyés par votre corps.
- Essayez de canaliser votre anxiété par l'exercice physique (pratique d'un sport, d'une activité source de plaisir).
- Réservez-vous quelques instants dans la journée rien que pour vous.
- Essayez de remplacer les pensées négatives et obsessionnelles (les ruminations) par des pensées positives.
- Essayez de dédramatiser les situations dans lesquelles vous vous trouvez.
- Le perfectionnisme a des limites. Ne laissez pas votre performance dépendre d'une petite erreur commise.

La prise en charge médicamenteuse du sujet anxieux

Les benzodiazépines

La fonction du cerveau repose sur un équilibre fragile entre signaux d'excitation et signaux d'inhibition. Dans le cerveau, le principal neuromédiateur inhibiteur est l'acide gamma-aminobutyrique (GABA), dont l'action est essentiellement assurée par les récepteurs $GABA_A$. Les récepteurs $GABA_A$ constituent en quelque sorte un système de freinage du cerveau. Les benzodia-

zépines sont un groupe de médicaments fréquemment utilisés dans le traitement des troubles anxieux. Elles se fixent sélectivement sur les récepteurs $GABA_A$ au niveau d'un site de liaison qui leur est propre, et renforcent ainsi l'action inhibitrice du GABA. Ces médicaments jouent en quelque sorte un rôle facilitateur pour l'action d'inhibition. Ils ne peuvent pas activer eux-mêmes le frein, c'est-à-dire le récepteur $GABA_A$, mais lorsque les cellules nerveuses activent l'inhibition par le GABA, ce freinage est renforcé en présence des benzodiazépines. Les benzodiazépines utilisées actuellement agissent sur presque tous les récepteurs $GABA_A$ du cerveau, et ont de nombreuses autres actions en plus de leur portée anxiolytique. Elles ont un effet sédatif, un effet myorelaxant, un effet anticonvulsivant et un effet amnésiant (entraînant une amnésie essentiellement antérograde). Elles entravent par ailleurs la coordination motrice. De plus, elles potentialisent sérieusement l'action sédative de l'alcool.

Les benzodiazépines agissent relativement vite. Leur effet indésirable principal est la somnolence, mais elles peuvent provoquer un problème de dépendance (et d'addiction). Les personnes consommatrices de benzodiazépines peuvent constater une réapparition de leurs symptômes anxieux à l'arrêt du médicament (avec parfois même un effet rebond, l'anxiété devenant plus intense), et éprouver un syndrome de sevrage (avec tremblements, voire crise d'épilepsie). Ces problèmes peuvent être réduits si le médecin explique bien à son patient la ponctualité du traitement, qui ne devra pas excéder douze semaines, avec un arrêt progressif le plus rapidement possible.

Ainsi, les benzodiazépines, contrairement à leur étiquette d'« anxiolytiques », ne sont recommandées à l'heure actuelle que comme médicaments de deuxième ou de troisième intention (après les IRS, IRSNA, l'hydroxyzine, voire certains neuroleptiques sédatifs prescrits à faible dose [cf. infra]), et principalement en tant qu'adjuvants dans le traitement de l'anxiété (Joffe *et al.*, 2002).

Si l'anxiété est durable, une benzodiazépine à demi-vie longue est préférable (> 24 heures) tandis que si l'anxiété est d'intensité et de durée variables une molécule à demi-vie courte (< 8 heures) ou intermédiaire est recommandable.

Les crises d'anxiété aiguë peuvent justifier une benzodiazépine par voie injectable.

L'hydroxyzine (Atarax©)

Indiquée dans le traitement de l'anxiété, l'hydroxyzine agit sur les récepteurs histaminergiques H1 (ce qui entraîne une certaine sédation), mais également sur les récepteurs sérotoninergiques 5HT2C (récepteurs impliqués dans les phénomènes de satiété, ce qui peut être à l'origine d'une prise de poids non négligeable). Parfois utilisée en prémédication sédative (anesthésie, examens paracliniques anxiogènes), l'hydroxyzine est également prescrite en allergologie dans le traitement des rhinites spasmodiques, de l'urticaire ou de la conjonctivite.

C'est un dérivé de la pipérazine non apparenté chimiquement aux phénothiazines. Bien souvent préférée aux benzodiazépines en raison de l'absence de

dépendance et de tolérance, elle n'a pas d'effet dépresseur cortical mais inhibe l'activité de certaines régions subcorticales. Ainsi, elle est sur le plan clinique à l'origine d'un apaisement émotionnel et d'une légère sédation bien utiles en cas d'anxiété patente.

La buspirone (Buspar©)

La buspirone est principalement indiquée dans le traitement de l'anxiété généralisée. Elle est cependant peu utilisée en raison d'un effet anxiolytique modéré et long à atteindre (2 à 4 semaines). Elle ne provoque quasiment pas de sédation, pas d'atteinte de la mémoire ou de l'équilibre, ne potentialise pas les effets de l'alcool. Elle ne provoque pas d'accoutumance, et le traitement peut être interrompu sans provoquer de symptômes de sevrage. Ce médicament est généralement bien toléré.

L'etifoxine (Stresam©)

L'etifoxine est indiquée dans les manifestations somatiques de l'anxiété, principalement pour tout ce qui concerne la sphère cardio-vasculaire (tachycardie). Elle n'entraîne pas de dépendance, ni d'accoutumance, ni d'effet rebond. L'effet recherché est une action régulatrice neurovégétative.

Les carbamates

Le chef de file de cette famille chimique est le méprobamate (Equanil©), utilisé depuis 1955.

Les carbamates ont 3 propriétés principales ; ils sont à la fois anxiolytiques, sédatifs et myorelaxants.

Le méprobamate est prescrit en cas d'anxiété, mais il peut également être utilisé en prémédication sédative (anesthésie, examens paracliniques anxiogènes) et dans le cadre de contractures douloureuses réflexes.

Son action s'effectue par une inhibition sous-corticale au niveau de la formation réticulée et du thalamus. C'est donc un anxiolytique par diminution de l'excitabilité du système limbique. Il peut entraîner des dépendances, et à fortes doses il est hépato-toxique.

Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) et les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA)

Ces antidépresseurs ont un délai d'action plus long que celui des benzodiazépines, ils n'agissent qu'au bout de 15 jours-3 semaines. En revanche, leur efficacité semble durer plus longtemps que celle des benzodiazépines, qui s'arrête après un ou deux mois. Ces médicaments sont aujourd'hui le traitement de choix des troubles anxieux, car ils sont en général bien tolérés (les effets indésirables les plus courants sont des nausées légères, qui ont tendance à s'atténuer en moins d'une semaine), ils n'entraînent pas de dépendance, pas

d'accoutumance et ne sont pas sédatifs. Il faut les voir comme un traitement de fond de l'anxiété.

Les antidépresseurs tricycliques

Bien que ces médicaments aient été d'abord utilisés pour le traitement de dépression, certains sont aussi efficaces dans le traitement des attaques de panique. La plupart des antidépresseurs tricycliques permettent de réduire également les symptômes de l'état de stress post-traumatique, et certains constituent des traitements efficaces des TOC. Les antidépresseurs tricycliques ont besoin généralement de deux à trois semaines pour faire leur effet. Malheureusement, ils comportent de nombreux effets secondaires, ce qui explique qu'aujourd'hui ils sont de moins en moins prescrits. Les principaux effets indésirables sont une prise de poids, une somnolence, une sécheresse de la bouche, des vertiges, des tremblements et une atteinte des fonctions sexuelles.

Les bêta-bloquants

Les bêta-bloquants sont principalement utilisés pour réduire certains des symptômes physiques de l'anxiété, comme la tachycardie, la transpiration et les tremblements, et pour contrôler l'anxiété dans des situations de stress social. Ils sont souvent prescrits chez des individus atteints de phobie sociale. Les bêta-bloquants réduisent la tension artérielle et ralentissent les pulsations cardiaques.

Autres

D'autres médicaments, tels les antipsychotiques ou les neuroleptiques sédatifs (à faibles doses) sont parfois utilisés dans le traitement de l'anxiété sévère, mais on ne dispose pas de données suffisantes quant à leur efficacité, notamment à long terme. Ces molécules présentent en outre un risque élevé d'effets indésirables tels que sédation, dyskinésies aiguës et acathisie.

Précautions d'utilisation

Avant de prescrire un traitement anxiolytique, il faut s'assurer de certaines précautions, en fonction de l'âge et du terrain :

➤ La prescription de benzodiazépines est courante chez le sujet âgé, ce qui représente un réel souci sur le plan cognitif et/ou moteur (risque de chute, et de fracture du col du fémur). Il est important de garder à l'esprit que si une telle prescription est nécessaire, les posologies doivent être réduites de moitié et les substances à demi-vie courte préférées (ainsi, le Temesta©, le Seresta© ou le Xanax© seront privilégiés, le Tranxène©, le Lexomil©, le Lysanxia© ou le Valium© seront évités).

➤ Chez l'enfant, il n'y a pas vraiment de consensus concernant la prescription d'un traitement anxiolytique. Les effets secondaires sont d'ailleurs plus fréquents, qu'il s'agisse d'un rebond d'anxiété ou d'une sédation handicapante, ce qui est problématique au niveau de l'apprentissage scolaire. Peu

d'études ont été réalisées chez l'enfant, mais la plupart des auteurs s'accorde pour dire qu'une prescription précoce d'anxiolytique est un facteur favorisant un comportement addictif ultérieur. La médication anxiolytique, quelle que soit sa forme (en sachant que les benzodiazépines sont ici à éviter en priorité), doit donc être réservée aux formes les plus résistantes de l'anxiété.

➤ Dans le cadre d'une personnalité addictive, lorsqu'on retrouve des antécédents de consommation de toxiques, il s'agit de rester vigilant. Si les benzodiazépines peuvent être utilisées par certains toxicomanes de manière désadaptée, consommées alors en fortes quantités, elles agissent en synergie avec la méthadone et les opiacés. Les conséquences cognitives délétères et l'impact négatif sur la vigilance sont ici majeurs, et le risque de passage à l'acte (auto- et hétéro-agressif) est majoré (effet désinhibiteur non négligeable).

➤ Pour ce qui concerne la femme enceinte, il est préconisé d'arrêter tout anxiolytique lors de la grossesse. Mais ce n'est pas toujours évident, un nombre non négligeable de femmes enceintes bénéficiant de ce type de médication dans les mois précédant leur grossesse. Aucun risque malformatif n'a été mis en évidence pour les benzodiazépines, mais une prise régulière au cours de la grossesse peut être à l'origine d'un syndrome de sevrage chez le nouveau-né (hyperexcitabilité, troubles du sommeil, voire crises comitiales).

➤ En cas de surdosage, il est rare que le pronostic vital soit en jeu lorsque l'anxiolytique n'est pas associé à d'autres substances. L'utilisation d'un produit antidote comme le flumazenil (Anexate©) améliore rapidement l'état de conscience.

LA COMORBIDITÉ ANXIÉTÉ-ALCOOLISME

Liens entre anxiété et alcool

La comorbidité est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme « la cooccurrence, chez une même personne, d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique » (OMS, 1995). La littérature scientifique a souvent abordé les liens unissant anxiété et alcoolisme, néanmoins la nature de ces liens est loin d'être univoque. En effet, les modalités d'association d'un comportement alcoolique avec un trouble anxieux, tout comme l'évolution réciproque des deux pathologies, sont très hétérogènes (Dunner, 2001 ; Biederman *et al.*, 2005).

L'intrication de ces deux affections est fréquente. Ainsi, si Schuckit (2006) met en évidence une prévalence élevée de troubles anxieux chez des patients hospitalisés pour des problèmes liés à l'alcool, Soyka et Roesner (2006) soulignent le fait que parmi les sujets consultant pour des troubles anxieux et phobiques, une fréquence élevée de buveurs excessifs ou de patients dépendant à l'alcool est retrouvée.

Wittchen, dans l'étude de Munich menée en 1988, retrouve que 50 % des patients anxieux présentent des problèmes liés à l'alcool et 28,6 % une consommation abusive d'anxiolytiques. Les conduites addictives des sujets

anxieux ne concernent pas exclusivement l'alcool, mais également d'autres substances comme les anxiolytiques, les hypnotiques et les drogues (le cannabis par exemple) (Palazzolo, 2006b; Palazzolo et Roure, 2005).

Plusieurs travaux réalisés en population générale montrent que près d'un quart des sujets consultant pour des troubles anxieux sont des buveurs excessifs, et que parmi eux 15 % sont réellement dépendants à l'alcool (Kushner *et al.*, 2005). Parmi les antécédents de ces personnes, les séparations parentales et les épisodes dépressifs majeurs constituent un facteur de risque supplémentaire dans la survenue de conduites addictives à l'âge adulte (Burns *et al.*, 2005).

La prévalence de l'anxiété chez les patients alcooliques fait également l'objet de nombreux travaux. Pour Mann *et al.* (2004), la prévalence de troubles anxieux au sein de la population de patients hospitalisés pour des pathologies liées à la prise chronique d'alcool ou pour sevrage est d'environ 40 %. Une corrélation semble exister entre la sévérité de la dépendance à l'alcool et la gravité de l'anxiété (Lépine, 1988).

Contrairement à la dépression, la prévalence de l'anxiété est faible chez les toxicomanes aux opiacés (Khantzian et Treece, 1985). L'anxiété, dans ses différentes formes, est donc liée de façon préférentielle à l'appétence médicamenteuse et alcoolique.

L'association de l'anxiété et de l'alcool

Généralement, l'anxiété et l'alcoolisme sont associés de deux manières différentes :

➢ dans le premier cas de figure, la consommation abusive d'alcool est réalisée dans un but anxiolytique : la symptomatologie anxieuse préexiste à l'abus et/ou à la dépendance à l'alcool.

➢ dans le deuxième cas de figure, la substance alcoolique elle-même devient anxiogène, du fait de ses effets pharmacologiques et psychologiques négatifs.

En réalité, ce n'est pas aussi simple, et il existe bien entendu des formes de passage d'un cas de figure à l'autre. Par ailleurs, de nombreux patients alcooliques ne présentent aucune symptomatologie anxieuse.

L'alcool est un agent dépresseur du système nerveux central. Il semble que les modifications comportementales soient plus ou moins directement corrélées à l'alcoolémie, et non pas à la quantité d'alcool ingérée. Les premiers troubles cognitifs et psychomoteurs apparaissent pour des taux sanguins minimes. Ils sont le résultat d'une sédation et de troubles de la vigilance accompagnés d'amnésie et de désinhibition comportementale plus ou moins marquées.

Lorsque l'alcool est utilisé dans un but anxiolytique, « thérapeutique » diront certains, la substance est consommée d'une part pour soulager la souffrance psychologique du sujet (« Je bois pour oublier… »), et d'autre part pour ses propriétés désinhibitrices. Sous cette forme, le traitement de l'alcoolisme implique la prescription associée de médications anxiolytiques, tout en restant très prudent quant aux molécules utilisées. Il est alors très important de respecter des règles de prescription strictes, surtout lors de l'emploi éventuel

des benzodiazépines, l'objectif n'étant pas de remplacer une addiction par une autre.

Dans bon nombre de cas, la consommation est solitaire, irrégulière et souvent massive. On parle alors d'« alcoolisme mondain ». La charge émotionnelle est intense, et les prises d'alcool sont fortement culpabilisées et culpabilisantes. De façon compulsive, le sujet lutte contre son envie de boire, et cette lutte est génératrice d'anxiété majeure. Le cercle vicieux s'amorce : l'anxiété soulagée par la boisson réapparaît ensuite sous la forme de la culpabilité et de l'effondrement thymique dès que l'effet anxiolytique de l'alcool a cessé. La personne ne consulte généralement que très rarement et en dernier recours, souvent lors d'une décompensation dépressive et dans un contexte de culpabilité extrême. La prise en charge de l'addiction doit alors être immédiate, et menée conjointement à celle de l'épisode dépressif et anxieux (le risque étant que ce dernier évolue ensuite pour son propre compte).

Lorsque la substance alcoolique devient anxiogène en elle-même, le contexte est différent. L'intoxication éthylique est génératrice d'anxiété majeure dès les premiers mois de la consommation abusive, et ce dans plus de 60 % des cas (Singer, 2006). La dualité des effets psychopharmacologiques de l'éthanol peut rendre compte de cette pathogénie. En effet, si la prise aiguë d'alcool est anxiolytique, son utilisation chronique est anxiogène, et ce d'autant plus que s'accroît la tolérance (Goodwin *et al.*, 2006).

Par ailleurs, le syndrome de sevrage est également en lui-même générateur d'anxiété massive. Pour certains auteurs, les symptômes liés à l'arrêt brutal de l'alcool pourraient jouer un rôle non négligeable dans le déclenchement et/ou la pérennisation du trouble panique (Ham et Hope, 2003). Dans cette optique, Clark (1985) considère que les signes physiques provoqués par le sevrage pourraient être interprétés de manière erronée sur le plan cognitif, et ainsi être reliés à l'anxiété (la dynamique est similaire dans la genèse des attaques de panique).

L'anxiété et l'alcoolisme sont souvent intriqués, un trouble pouvant générer l'autre selon différentes séquences. Une double prise en charge est essentielle afin d'aboutir à un résultat thérapeutique diminuant significativement le risque de rechute.

Les effets de l'alcool

Sur le plan biologique, les effets de l'alcool sont encore mal connus. L'éthanol induit une modification de la fluidité membranaire neuronale perturbant différents systèmes de neurotransmission et le fonctionnement de leurs récepteurs (Moriguchi *et al.*, 2007). De façon schématique, les transmissions catécholaminergiques et cholinergiques sont activées par la prise d'éthanol, alors que le système sérotoninergique est, en quelque sorte, désactivé. Ces systèmes de neurotransmission sont également impliqués dans la genèse et la pérennisation des troubles anxieux. De façon schématique, l'augmentation de la sécrétion des catécholamines centrales joue un rôle important dans la pathogénie de certains troubles anxieux (Coffigneau et Palazzolo, 2005). Cependant, les effets neurobiochimiques de l'éthanol s'exercent de façon diffuse, et tous les neurotransmetteurs semblent impliqués

directement ou indirectement. Les dysfonctionnements induits diffèrent d'un système à un autre et d'une région cérébrale à une autre.

Les effets de l'alcool sur le système GABAergique et sur les récepteurs aux benzodiazépines ne sont pas univoques. Si certains auteurs ont décrit une inhibition de la transmission GABAergique lors de l'administration aiguë d'éthanol, d'autres ont montré que l'alcool, dans des gammes de doses relativement modérées, pouvait potentialiser les effets du GABA et agir ainsi de façon similaire aux benzodiazépines (Kurzthaler *et al.*, 2005; Koob, 2006). Cette hétérogénéité de résultats des études neurobiochimiques pourrait expliquer, au moins en partie, les effets cliniques observés. Il semble que les effets de l'alcool soient biphasiques, anxiolytiques à faibles doses et anxiogènes lors de prises plus importantes ou répétées (Hillemacher *et al.*, 2006). La contiguïté et l'hétérogénéité des phénomènes neurobiochimiques mis en jeu dans l'alcoolisme et dans les troubles anxieux sont un des versants de la complexité des rapports entre les deux pathologies.

Il est donc difficile de décrire avec précision quels sont les mécanismes neurobiochimiques exacts perturbés par la prise d'alcool, d'autant que les effets pharmacologiques de l'éthanol semblent dépendre de la quantité ingérée et de la durée de l'intoxication. Les effets sérotoninergiques, catécholaminergiques et dopaminergiques de l'alcool semblent particulièrement importants et sont, de toute évidence, liés aux phénomènes d'appétence et de dépendance éthylique.

QUAND PASSER LA MAIN AU SPÉCIALISTE?

Dans le cadre de la prise en charge de l'anxiété, les médecins généralistes et les psychiatres font part d'une volonté de travailler en réseaux de coopération. Ces réseaux commencent par des formations communes, des échanges autour de cas cliniques, un travail conjoint sur la question : quand et comment, pour le médecin généraliste, «passer la main» au spécialiste?

Une formation articulée autour de séminaires sensibilisant à la reconnaissance de l'anxiété et de son traitement est la source d'une amélioration de la prise en charge par une meilleure reconnaissance de la pathologie et par l'utilisation de médicaments adéquats et efficaces (les benzodiazépines sont à éviter. Ce message est encore insuffisamment appliqué en pratique clinique).

Le médecin généraliste peut recevoir une aide non négligeable de la part du spécialiste dans le cadre, par exemple, de l'information. Prodiguer plus de conseils au patient et à son entourage, utiliser de manière plus adéquate les anxiolytiques et les antidépresseurs sont autant d'éléments qui optimisent la prise en charge du sujet anxieux. Il n'est peut-être pas judicieux de considérer uniquement la nécessité de prescrire un traitement médicamenteux, il convient sans doute aussi (et surtout) de donner de l'importance à la qualité des soins et à l'information à livrer à l'anxieux et à son entourage. Une prise en charge soutenue de l'anxiété, avec des conseils adaptés de la part des médecins (le généraliste dans un premier temps, le spécialiste dans un deuxième temps), entraîne une meilleure observance de la part des patients (Palazzolo, 2004).

En définitive, le coût de l'anxiété n'est pas tant lié aux coûts du traitement, mais plutôt à celui de son insuffisante prise en charge. L'anxiété est en effet dans de nombreux cas sous diagnostiquée, sous-traitée ou traitée de manière non optimale.

Une meilleure prise en charge de l'anxiété, dans le cadre d'un réseau de collaboration généraliste-spécialiste permet :

➢ une amélioration de la qualité de vie des malades, autrement dit une meilleure capacité fonctionnelle, sociale et un meilleur bien-être;

➢ une réduction du recours à des ressources médicales onéreuses telles que l'hospitalisation;

➢ une augmentation des capacités de production, et donc une réduction des coûts pour la société.

La prise en charge de l'anxiété devient alors un enjeu majeur de santé publique, à étudier avec un plus grand intérêt. Il apparaît ainsi nécessaire de mener des campagnes éducatives (dans le cadre d'un réseau de collaboration généraliste-spécialiste) afin d'améliorer le niveau de connaissance de la population générale (trop souvent encore des «crises de tétanie» ou de «crises de spasmophilie» sont confondues avec de véritables attaques de panique), voire favoriser la participation effective des patients et de leur entourage à la prise en charge de l'anxiété.

CONCLUSION

Audrey fait ses courses au supermarché. Son caddie est à moitié rempli de victuailles, et elle cherche avec une tension visible une caisse sans trop d'attente, autrement dit sans trop de monde. Pas de chance, aucune n'est libre. Elle se décide pour une caisse où seulement quatre personnes patientent. Un sentiment de malaise est déjà présent en elle, mais elle essaye de ne pas y prêter cas. Tout allait donc plus ou moins bien jusqu'à ce que deux autres clients viennent se caler juste derrière elle, la coinçant littéralement. Et là, très vite, ce sont les sueurs froides, puis a contrario les bouffées de chaleur. Une difficulté à respirer s'installe, provoquant une boule dans la gorge et une sensation d'étouffement. Le cœur cogne de plus en plus fort, donnant l'impression de sortir de la poitrine. Alors qu'inversement son sternum semble se visser comme un étau, comprimant sa cage thoracique. Tout s'emballe ! Il faut qu'elle s'en aille ! Elle en est certaine : très bientôt, elle va perdre le contrôle, s'évanouir ou faire une crise cardiaque. Elle fuit !

Philippe a perdu quelques kilos ces derniers mois. Plus qu'un stress lié à son travail (qui n'a pas varié), ou un éventuel régime mis en œuvre, c'est surtout son état nerveux global qui a contribué à le rendre ainsi filiforme. Il se sent pris continuellement d'une espèce de surexcitation des sens. Le moindre bruit le fait sursauter, et il craint tout ce qui pourrait le surprendre. Alors, il s'écarte le moins possible de la stricte routine nécessaire. Musculairement et psychiquement parlant, il ne se détend jamais. On le dirait toujours sur ses gardes, toujours dans l'attente d'une éventuelle agression qui ne vient pas. Il ne dort plus sans somnifères, et a multiplié par deux sa consommation d'anxiolytiques. Philippe s'inquiète beaucoup pour son avenir, alors même que l'entreprise qui l'emploie ne fait qu'accroître son activité et n'est pas connue pour ses licenciements. En fait, il a peur de tout ! Il a peur la nuit que son immeuble s'effondre ou que les vieilles conduites de gaz ne cèdent. Peur d'une attaque terroriste dans le métro, peur d'avoir mal rempli sa déclaration d'impôts et d'autres pensées du genre qui ne le lâchent pour ainsi dire jamais. Il se sent comme une marmite à pression constamment prête à exploser.

Sandra, âgée de 48 ans, libraire, est amenée par son époux en consultation car depuis trois jours elle tient des propos bizarres. En effet, lors de l'entretien, elle explique d'une voix lente et monocorde qu'en arrêtant de travailler à la librairie, elle a conduit son mari et ses enfants à leur ruine, que les livres qu'elle ne range plus vont s'accumuler et envahir tout le magasin, la rue et même la ville entière. Elle poursuit en disant que « mieux vaut en finir puisqu'elle est condamnée à souffrir éternellement et que d'ailleurs la liquéfaction progressive de son cerveau est en marche… ». La patiente est calme, mais son visage tendu et figé exprime la douleur. Son mari rapporte que depuis deux mois, sa femme, qui était habituellement hyperactive, gaie, optimiste et assidue à son travail, s'est progressivement repliée sur elle-même, ne prenant plus de plaisir dans ses activités quotidiennes, délaissant son travail, négligeant ses enfants et les tâches domestiques. Bien que passant ses jour-

nées au lit à ruminer des idées noires, elle ne dort presque plus, se réveillant tôt le matin très angoissée. Le médecin généraliste qui était passé la voir la semaine dernière avait bien prescrit un traitement, mais qu'elle n'a pas pris, prétextant que la guérison était impossible.

Robert, âgé de 52 ans, a perdu son épouse d'un cancer du poumon il y a sept mois. Il consulte un médecin généraliste pour un problème d'insomnie, sous la pression de l'un de ses amis. Lorsque le praticien l'interroge, il explique que depuis environ six mois il n'a plus le goût de vivre, passant ses journées à pleurer. Il a perdu le sommeil et l'appétit (il a maigri de 11 kg en deux mois), ne sort plus de chez lui, rumine des idées noires à longueur de temps.

Ces quelques vignettes cliniques, représentatives des problématiques à gérer au quotidien en médecine générale, sont illustratives des diverses formes que peuvent revêtir l'anxiété et la dépression. Et encore, nous aurions pu multiplier les exemples quasiment à l'infini[5].

L'anxiété, quand elle devient trop importante, peut entraver la vie quotidienne. Il faut alors proposer un traitement adapté. De plus, elle contribue dans certains cas à faire le lit d'une dépression, argument supplémentaire pour la traiter. L'anxiété, nous la connaissons tous. Elle est d'ailleurs nécessaire et peut être bénéfique, en nous permettant d'augmenter notre vigilance et de réagir de façon adaptée à certains événements. En revanche, quand elle devient une gêne réelle dans la vie quotidienne, elle peut être néfaste. Les personnes atteintes de ce trouble ont dans bien des cas des difficultés d'insertion sociale ou professionnelle, et peuvent avoir tendance à s'isoler. Ces difficultés sont un réel motif de prise en charge (Levine *et al.*, 2001).

Contrairement à la déprime passagère, la dépression est un état de profonde détresse qui se maintient pendant plusieurs semaines. Il est donc primordial de bien distinguer le simple sentiment de tristesse – réaction thymique normale en rapport avec certains événements de la vie – de l'épisode dépressif caractérisé – véritable maladie demandant une attention particulière et un traitement adéquat.

En somme, les troubles anxieux et la dépression sont deux groupes d'affections bien différents. Cependant, il est parfois possible de les confondre pour plusieurs raisons :

➢ un certain nombre de symptômes anxieux et dépressifs sont communs : l'insomnie, les difficultés à s'alimenter et les troubles de la concentration. Il est donc nécessaire d'analyser avec précision ces éléments, pour savoir auquel des deux troubles ils appartiennent ;

➢ ces deux troubles sont très fréquemment présents en même temps, plus que ne le voudrait le simple hasard (d'où la notion de comorbidité). C'est ainsi que certains spécialistes ont pu affirmer qu'il s'agissait d'une même maladie qui s'exprimait par un mélange plus ou moins riche de ces deux entités (le terme de « syndrome anxio-dépressif » traîne encore dans certains manuels).

5. Voir Annexe 4 : Témoignages de patients

Lors d'une dépression, les symptômes anxieux, très fréquents, majorent la souffrance du sujet dépressif ;

➢ la présence d'un des deux troubles favorise l'apparition progressive de l'autre. En conséquence, une anxiété qui perdure favorise l'apparition d'une dépression. Cette relation entre troubles anxieux et dépression incite fortement le médecin à rechercher des signes de dépression chez quelqu'un qui semble ne présenter que des symptômes anxieux.

Dans tous les cas, une seule directive doit être respectée : plus on prend en charge précocement meilleur est le pronostic.

BIBLIOGRAPHIE

Adams J, Scott J : *Predicting medication adherence in severe mental disorders*. Acta Psychiatr Scand 2000 ; 101 : 119-124.

Akiskal HS : *The prevalent clinical spectrum of bipolar disorder* : *beyond DSM-IV*. J Clin Psychopharmacol 1996 ; 16 (suppl 1) : 4-14.

Akiskal HS : *Le spectre bipolaire : acquisitions et perspectives cliniques*. L'Encéphale 1995 ; sp VI : 3-11.

American Psychiatric Association : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV)*. Traduction française par JD Guelfi *et al.*, Masson, Paris, 1996.

Anderson B, Mishory A, Nahas Z, Borckardt JJ, Yamanaka K, Rastogi K, George MS : *Tolerability and safety of high daily doses of repetitive transcranial magnetic stimulation in healthy young men.* J ECT 2006 ; 22 (1) : 49-53.

André C : *Vivre heureux! Psychologie du bonheur.* Odile Jacob, Paris, 2003.

André C, Muzo : *Petits complexes et grandes déprimes.* Seuil, Paris, 2004.

Angst J, Angst F, Stassen HH : *Suicide risk in patients with major depressive disorder.* J Clin Psychiatry 1999 ; 60 (Suppl 2) : 57-62.

Atwood JR, Haase J, Rees-Mac Gee S : *Reasons related to adherence in community-based field studies.* Patient Educ Couns 1992 ; 19 : 251-259.

Balon R : *Mood, anxiety, and physical illness : body and mind, or mind and body ?* Depress Anxiety 2006 ; 23 (6) : 377-387.

Balon R : *Measuring anxiety : are we getting what we need ?* Depress Anxiety 2005 ; 22 (1) : 1-10.

Baumann M, Alla F, Bonnetain F : *Consommateurs continus/occasionnels : à propos de leurs attitudes à l'égard des médicaments psychotropes et de la dépendance.* Psychotropes 2001 ; 7 (2) : 33-47.

Beck AT : *The current state of cognitive therapy : a 40-year retrospective.* Arch Gen Psychiatry 2005 ; 62 (9) : 953-959.

Beisecker AE, Beisecker TD : *Patient information seeking behaviors when communicating with doctors*. Medical Care 1990 ; 28 : 19-28.

Bekker MH, Belt U : *The role of autonomy-connectedness in depression and anxiety.* Depress Anxiety 2006 ; 23 (5) : 274-280.

Benkert O, Graf-Morgenstern M, Hillert A, Sandmann J, Ehmig SC, Weissbecker H, Kepplinger HM, Sobota K : *Public opinion on psychotropic drugs : an analysis of the factors influencing acceptance or rejection.* J Nerv Ment Dis 1997 ; 185 (3) : 151-158.

Bergot M : *L'information médicale du malade hospitalisé*. Gestions Hospitalières 2000 ; 214-220.

Bertrand-Servais M : *Comprendre la dépression pour en guérir.* Vuibert, Paris, 2004.

Biadi-Imhof A : *Le rôle de la prescription dans la relation thérapeutique : un exemple dans la psychiatrie de secteur.* Mission Interministérielle Recherche Expérimentation, Paris, 1996.

Biederman J, Petty C, Faraone SV, Hirshfeld-Becker DR, Henin A, Pollack MH, Rosenbaum JF : *Patterns of comorbidity in panic disorder and major depression : findings from a nonreferred sample.* Depress Anxiety 2005 ; 21 (2) : 55-60.

Bijl RV, Van Zessen G, Ravelli A, de Rijk C, Langendoen Y : *Psychiatric morbidity among adults in The Netherlands : the NEMESIS - Study. I. Objectives, design and methods. Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study.* Ned Tijdschr Geneeskd 1997a ; 141 (50) : 2248-2252.

Bijl RV, Van Zessen G, Ravelli A : *Psychiatric morbidity among adults in The Netherlands : the NEMESIS - Study. II. Prevalence of psychiatric disorders. Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study.* Ned Tijdschr Geneesk 1997b ; 141 (50) : 2453-2460.

Blackburn IM, Cottraux J : *Thérapie cognitive de la dépression.* Masson, Collection Médecine et Psychothérapies, Paris, 2001.

Blackwell B : *Treatment adherence.* Br J Psychiatry 1976 ; 129 : 513-531.

Blazer DG, Kessler RC, Mac Gonagle KA, Swartz MS : *The prevalence and distribution of major depression in a national community sample : the national comorbidity survey.* Am J Psychiatry 1994 ; 151 : 979-986.

Bourgeois M, Verdoux H, Henry-Demotes-Mainard C : *Clinique des troubles bipolaires de l'humeur (le spectre bipolaire).* In : Les troubles bipolaires, Masson, collection PRID, Paris, 1995.

Boyer P, Dardennes R, Even C, Gaillac V, Gérard A, Lecrubier Y : *Dépression et santé publique : données et réflexions.* Acanthe, Paris, 1999.

Bracke P : *The three-year persistence of depressive symptoms in men and women.* Soc Sci Med 2000 ; 51 (1) : 51-64.

Brown GW, Harris TO, Hepworth C : *Life events and endogenous depression. À puzzle reexamined.* Arch Gen Psychiatry 1994 ; 51 : 525-534.

Brown GW, Adler Z, Bifulco A : *Life events, difficulties and recovery from chronic depression.* Br J Psychiatry 1988 ; 152 : 487-498.

Bucholz KK, Robins LN : *Who talks to a doctor about existing depressive illness ?* J Affect Disord 1987 ; 12 (3) : 241-250.

Burns L, Teesson M, O'Neill K : *The impact of comorbid anxiety and depression on alcohol treatment outcomes.* Addiction 2005 ; 100 (6) : 787-796.

Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) : http :// www.cepidc.vesinet.inserm.fr

Chambaretaud S : *La consommation des médicaments dans les principaux pays industrialisés.* DREES 2000 ; 47 : 1-8.

Cherrier A, Palazzolo J : *Schizophrénie : l'annonce du diagnostic.* Editions In Press, Paris, 2006.

Clark WD : *The medical interview : focus on alcohol problems.* Hosp Pract 1985 ; 20 (11A) : 59-65.

Claxton AJ, Cramer J, Pierce C : *A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance.* Clin Ther 2001 ; 23 (8) : 1296-1310.

Coffigneau P, Palazzolo J : *Des mots du corps aux maux de l'âme.* Ellébore, Collection Champs Ouverts, Paris, 2005

Cohen D, Cailloux-Cohen S, AGIDD-SMQ : *Guide critique des médicaments de l'âme.* Les Editions de L'Homme, Montréal, 1995.

Collins-Colon T : *Do it yourself : medication management for community based clients.* Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 1990 ; 28 (6) : 25-29.

Cottraux J : *Les thérapies comportementales et cognitives*. Quatrième édition, Masson, Paris, 2004.

Cungi C, Note ID : *Faire face à la dépression - Une démarche efficace pour guérir.* Retz, Paris, 1999.

Cyrulnik B : *Un merveilleux malheur.* Odile Jacob, Paris, 2002.

D'Anjou A : *Médecine libérale et colloque singulier.* Synapse 2006 ; 229 ; 26-28.

Daninos P : *Le 36e dessous.* Poche, Paris, 1974.

Datto CJ : *Side effects of electroconvulsive therapy.* Depress Anxiety 2000 ; 12 (3) : 130-134.

De Buron N : *Mais t'as tout pour être heureuse !* J'ai lu, Paris, 1996.

De Troyer W : *Dépistage de la dépression en médecine générale.* Patient Care 2000 ; 23 (1) : 11-18.

Denicker P : *Dépression - Fin du tunnel.* Doin, Paris, 1996.

Derivery C : *L'enfer.* Nil éditions, Paris, 1999.

Diefenbach GJ, Mac Carthy-Larzelere ME, Williamson DA, Mathews A, Manguno-Mire GM, Bentz BG : *Anxiety, depression, and the content of worries.* Depress Anxiety 2001 ; 14 (4) : 247-250.

Dinan TG : *The physical consequences of depressive illness.* BMJ 1999 ; 1999 (318) : 826.

Druhle M : *La santé sociétale.* L'Harmattan, Paris, 1997.

Dunbar-Jacob J, Mortimer-Stephens MK : *Treatment adherence in chronic disease.* J Clin Epidemiol 2001 ; 54 (Suppl 1) : S57-60.

Dunner DL : *Management of anxiety disorders : the added challenge of comorbidity.* Depress Anxiety 2001 ; 13 (2) : 57-71.

Edwards JG : *Long term pharmacotherapy of depression.* Brit Med J 1998 ; 316 : 1180-1181.

Eisenthal S, Emery R, Lazare A, Udin H : *« Adherence » and the negotiated approach to patienthood.* Arch Gen Psychiatry 1979 ; 36 (4) : 393-398.

Emmanuel J, Simmonds S, Tyrer P : *Systematic review of the outcome of anxiety and depressive disorders.* Br J Psychiatry 1998 ; 34 : 35-41.

Emslie A, Fielder S : *A prescription for success.* Nurs Times 2001 ; 97 (46) : 52.

Erwin BA, Heimberg RG, Marx BP, Franklin ME : *Traumatic and socially stressful life events among persons with anxiety disorder.* J Anxiety Disord 2006 ; 20 (7) : 896-914.

Favrod J : *Taking back control… giving patients information about their drug regimes improves compliance.* Nursing Times 1993 ; 89 (34) : 68-70.

Fawcett J, Kravitz HM : *Anxiety syndromes and their relationship to depressive illness*. J Clin Psychiatry 1993 ; 44 (8) : 8-11.

Fédida P : *Des bienfaits de la dépression.* Odile Jacob, Paris, 2001.

Ferreri M, Ferreri F, Nuss P : *La dépression au féminin.* John Libbey Eurotext, Paris, 2003.

Forsell Y : *A three-year follow-up of major depression, dysthymia, minor depression and subsyndromal depression : results from a population-based study.* Depress Anxiety 2007 ; 24 (1) : 62-65.

Franchini L, Zanardi L, Gasperini M : *Two-year maintenance treatment with citalopram, 20 mg, in unipolar subject with high recurrence rate.* J Clin Psychiatry 1999 ; 60 (12) : 861-865.

Frank E, Kupfer DJ, Siegel LR : *Alliance not compliance : a philosophy of outpatient care.* J Clin Psychiatry 1995 ; 56 (Suppl 1) : 11-16.

Gay C, Génermont JA : *Vivre avec des hauts et des bas. Un psy et un patient racontent.* Hachette Littératures, Paris, 2002

Goodwin FK, Jamison KR : *Manic-depressive illness.* Oxford University Press, New-York, 1990.

Goodwin RD, Lipsitz JD, Chapman TF, Mannuzza S, Klein DF, Fyer AJ : *Alcohol use disorders in relatives of patients with panic disorder.* Compr Psychiatry 2006 ; 47 (2) : 88-90.

Gorwood P : *Evénement de vie et dépression.* Nervure 1995 ; 7 (HS) : 5-8.

Guelfi JD, Boyer P, Consoli S, Olivier-Martin R : *Psychiatrie.* PUF, Paris, 1999.

Ham LS, Hope DA : *Alcohol and anxiety : subtle and obvious attributes of abuse in adults with social anxiety disorder and panic disorder.* Depress Anxiety 2003 ; 18 (3) : 128-139.

Hankin BL, Abramson LY : *Development of gender differences in depression : description and possible explanations.* Ann Med 1999 ; 31 (6) : 372-379.

Hansen HV, Kessing LV : *Adherence to antidepressant treatment.* Expert Rev Neurother 2007 ; 7 (1) : 57-62.

Hardy P : *Apparition et évolution du concept de trouble bipolaire.* In : Les troubles bipolaires, Masson, collection PRID, Paris, 1995.

Hardy-Bayle MC : *Facteurs psychologiques et événements de vie chez les patients bipolaires.* L'Encéphale 1997 ; 23 (n° sp. 1) : 20-26.

Harkness KL, Monroe SM : *Severe melancholic depression is more vulnerable than non-melancholic depression to minor precipitating life events.* J Affect Disord 2006 ; 91 (2-3) : 257-263.

Hensley PL, Nadiga D, Uhlenhuth EH : *Long-term effectiveness of cognitive therapy in major depressive disorder.* Depress Anxiety 2004 ; 20 (1) : 1-7.

Hillemacher T, Bayerlein K, Wilhelm J, Poleo D, Frieling H, Ziegenbein M, Sperling W, Kornhuber J, Bleich S : *Volume intake and craving in alcohol withdrawal.* Alcohol Alcohol 2006 ; 41 (1) : 61-65.

Himmelhoch J, Levine J, Gershon S : *Historical overview of the relationship between anxiety disorders and affective disorders.* Depress Anxiety 2001 ; 14 (2) : 53-66.

Hoerni B : *Réflexions sur les personnes malades. Changements et continuité.* Doin, Paris, 1988.

Hoerni B, Saury S : *Le consentement : information, autonomie et décision en médecine.* Masson, Paris, 1998.

Hu TW : *Perspectives : an international review of the national cost estimates of mental illness, 1990-2003.* J Ment Health Policy Econ 2006 ; 9 (1) : 3-13.

Ice R : *Long-term compliance.* Phys Ther 1985 ; 65 (12) : 1832-1839.

Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) : *Suicide, autopsie psychologique, outils de recherche et de prévention.* Expertise collective, Paris, 2005.

Israël L : *Pulsions de mort.* Arcanes, Paris, 1998.

Joffe RT, Gardner DM, Kutcher SP : *Guide des médicaments psychotropes.* Deuxième édition, MDM Consulting Inc, 2002.

Joffe RT, Levitt AJ, Bagby RM, Regan JJ : *Clinical features of situational and nonsituational major depression.* Psychopathology 1993 ; 26 (3-4) : 138-144.

Johnson MR, Lydiard RB : *Comorbidity of major depression and panic disorder.* J Clin Psychol 1998 ; 54 (2) : 201-210.

Joyce PR, Oakley-Browne MA, Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR : *Birth cohort trends in major depression : increasing rates and earlier onset in New Zealand.* J Affect Disord 1990 ; 18 (2) : 83-89.

Keck PE, Mac Elroy SL, Strakowski SM, Bourne ML, West SA : *Compliance with maintenance treatment in bipolar disorder.* Psychopharmacol Bull 1997 ; 33 (1) : 87-91.

Kernbaum S, Hamburger J : *Dictionnaire de médecine Flammarion - Edition 2001.* Flammarion Médecine-Sciences, Paris, 2001.

Kessler RC, Mac Gonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS : *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey.* Arch Gen Psychiatry 1994 ; 51 (1) : 8-19.

Khantzian EJ, Treece C : *DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts. Recent findings.* Arch Gen Psychiatry 1985 ; 42 (11) : 1067-1071.

Kochman F : *Peut-on prévenir la dépression ?* Arnaud Franel, Paris, 2001.

Koob GF : *A role for GABA in alcohol dependence.* Adv Pharmacol 2006 ; 54 : 205-229.

Kupfer DJ : *Long-term treatment of depression.* J Clin Psychiatry 1991 ; 52 (Suppl) : 28-34.

Kurzthaler I, Wambacher M, Golser K, Sperner G, Sperner-Unterweger B, Haidekker A, Pavlic M, Kemmler G, Fleischhacker WW : *Alcohol and/or*

benzodiazepine use : different accidents – different impacts? Hum Psychopharmacol 2005 ; 20 (8) : 583-589.

Kushner MG, Abrams K, Thuras P, Hanson KL, Brekke M, Sletten S : *Follow-up study of anxiety disorder and alcohol dependence in comorbid alcoholism treatment patients.* Alcohol Clin Exp Res 2005 ; 29 (8) : 1432-1443.

Labro P : *Tomber sept fois, se relever huit.* Albin Michel, Paris, 2003.

Le Bot M : *Observance dossier.* Rev Prat MG 1999 ; 469 (13) : 1335-1348.

Le Pape A, Lecomte T : *Prévalence et prise en charge médicale de la dépression, France 1996-1997.* CREDES, Paris, 1999

Legrain M, Lecomte T : *La consommation de psychotropes en France et dans quelques pays européens.* Ann Pharm Fr 1998 ; 56 : 67-75.

Lemoine P : *Le sexe des larmes - Pourquoi les femmes pleurent-elles plus et mieux que les hommes?* Robert Laffont, Paris, 2002.

Lemoine P : *Je déprime, c'est grave docteur?* Flammarion, Paris, 2001.

Leong GB, Silva JA : *The right to refuse treatment : an uncertain future.* Psychiatr Q 1988 ; 59 (4) : 284-292.

Lepine JP : *Etude épidémiologique des troubles anxieux et phobiques en Europe.* Synapse 1988 ; 41 : 26-39.

Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A : *Depression in the community : the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society).* Int Clin Psychopharmacol 1997 ; 12 (1) : 19 -29.

Lepine JP, Chignon JM : *L'anxiété : des névroses aux troubles anxieux.* Bristol-Myers Squibb, Paris, 1995.

Levine J, Cole DP, Chengappa KN, Gershon S : *Anxiety disorders and major depression, together or apart.* Depress Anxiety 2001 ; 14 (2) : 94-104.

Lieberman JA : *Compliance issues in primary care.* J Clin Psychiatry 1996 ; 57 (Suppl 7) : 76-82.

Liebowitz MR : *Mixed anxiety and depression : should it be included in DSM-IV?* J Clin Psychiatry 1993 ; 54 : 4-7.

Lin HB : *The role of the primary care physician in patient's adherence to antidepressant therapy.* Medical Care 1995 ; 33 (1) : 67-74.

Lingam R, Scott J : *Treatment non-adherence in affective disorders.* Acta Psychiatr Scand 2002 ; 105 (3) : 164-172.

Lisanby SH, Datto CJ, Szuba MP : *ECT and TMS : past, present, and future.* Depress Anxiety 2000 ; 12 (3) : 115-117.

Livingston G, Watkin V, Milne B, Manela MV, Katona C : *Who becomes depressed? The Islington community study of older people.* J Affect Disord 2000 ; 58 (2) : 125-133.

Loge JH, Kaasa S, Hytten K : *The patient's experiency.* Eur J Cancer 1997 ; 33 : 878-882.

Luoma JB, Martin CE, Pearson JL : *Contact with mental health and primary care providers before suicide : a review of the evidence.* Am J Psychiatry 2002 ; 159 (6) : 909-916.

Mann K, Hintz T, Jung M : *Does psychiatric comorbidity in alcohol-dependent patients affect treatment outcome?* Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2004; 254 (3) : 172-181.

Matas M, Staley D, Griffin W : *A profile of the noncompliant patient : a thirty-month review of outpatient psychiatry referrals.* Gen Hosp Psychiatry 1992; 14 (2) : 124-130.

Means-Christensen AJ, Sherbourne CD, Roy-Byrne PP, Schulman MC, Wu J, Dugdale DC, Lessler D, Stein MB : *In search of mixed anxiety-depressive disorder : a primary care study.* Depress Anxiety 2006; 23 (4) : 183-189.

Mills AE, Spencer EM : *Organization ethics or compliance : which will articulate values for the United States' healthcare system?* HEC Forum 2001; 13 (4) : 329-343.

Mirabel-Sarron C : *La dépression, comment s'en sortir.* Odile Jacob, Paris, 2002.

Mirowsky J, Ross CE : *Age and depression.* J Health Soc Behav 1992; 33 : 187-205.

Moriguchi S, Zhao X, Marszalec W, Yeh JZ, Narahashi T : *Effects of ethanol on excitatory and inhibitory synaptic transmission in rat cortical neurons.* Alcohol Clin Exp Res 2007; 31 (1) : 89-99.

Morisky DE, Green LW, Levine DM : *Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence.* Med Care 1986; 24 : 67-74.

Morris LS, Shulz RM : *Patient compliance – an overview.* J Clin Pharm Therapeut 1992; 17 : 283-295.

Mottur-Pilson C, Snow V, Bartlett K : *Physician explanations for failing to comply with « best practices ».* Eff Clin Pract 2001; 4 (5) : 207-213.

Ninan PT, Berger J : *Symptomatic and syndromal anxiety and depression.* Depress Anxiety 2001; 14 (2) : 79-85.

Nuss P, Ferreri M : *La dépression - Guide à l'usage des patients et de leur entourage.* Bash, Paris, 2002.

Olivero A, Palazzolo J : *La parole et l'écoute - La relation soignant-soigné face à l'épreuve du SIDA.* Ellébore, Collection Champs Ouverts, Paris, 2007.

Olivero A, Palazzolo J : *La dynamique de l'équipe soignante en psychiatrie.* Ellébore, Collection Champs Ouverts, Paris, 2005.

Organisation mondiale de la santé : *Lexicon of alcohol and drug terms*. OMS, Genève, 1995.

Organisation mondiale de la santé : *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM 10).* Masson, Paris, 1992.

Palazzolo J : *La dépression du post-partum.* Cerveau et Psycho 2007; 19 : 52-55.

Palazzolo J : *Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives. 2e édition.* Masson, Collection Pratiques en Psychothérapie, Paris, 2006a.

Palazzolo J : *Le cannabis en question.* Hachette, Paris, 2006b.

Palazzolo J : *En finir avec l'insomnie*. Hachette, Paris, 2006c.

Palazzolo J : *Aidez vos proches à surmonter la dépression.* Hachette, Paris, 2006d.

Palazzolo J : *Aidez vos proches à surmonter l'alcoolisme.* Hachette, Paris, 2006e.

Palazzolo J : *Les psychoses : données actuelles et perspectives.* Elsevier, Paris, 2005a.

Palazzolo J : *Guérir vite. Soigner les angoisses, la dépression, les phobies par les TCC.* Hachette, Paris, 2005b.

Palazzolo J : *Sur le fil du rasoir - Itinéraire d'un bipolaire.* Ellébore, Collection Champs Ouverts, Paris, 2005cv

Palazzolo J, Pinna C : *Apprendre à gérer son stress – L'expérience d'un champion, l'expérience d'une vie.* Chiron, Paris, 2005.

Palazzolo J, Roure L : *Le cannabis : du plaisir au risque – Tout comprendre pour mieux prendre en charge.* Med-Line, Paris, 2005.

Palazzolo J : *Observance médicamenteuse et psychiatrie.* Elsevier, Paris, 2004a.

Palazzolo J : *Dire pour vivre – Pathologies psychiques : témoignages au quotidien.* Ellébore, Collection Champs Ouverts, Paris, 2004b.

Palazzolo J, Lachaux B : *L'information du patient dans le cadre de la recherche en médecine.* Elsevier, Paris, 2004.

Palazzolo J, Roure L : *Ecarts de conduite. Sécurité routière et psychopathologie.* Ellipses, Collection Vivre et Comprendre, Paris, 2004.

Palazzolo J : *Informer le patient en psychiatrie. Rôle de chaque intervenant : entre légitimité et obligation.* Masson, Collection Médecine et Psychothérapie, Paris, 2003a.

Palazzolo J : *Au-delà des maux – Paroles oubliées ou l'importance de l'écoute.* Ellébore, Collection Champs Ouverts, Paris, 2003b.

Palazzolo J : *L'institution psychiatrique. Le psychiatre, le malade et leur environnement.* Ellébore, Collection Champs Ouverts, Paris, 2003c.

Palazzolo J : *Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie.* Masson, Collection Médecine et Psychothérapie, Paris, 2002.

Palazzolo J : *Isolement, contention et contrainte en psychiatrie.* Rapport de Thérapeutique, LXXXXVIIIe session du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Medias Flashs, Paris, 2000.

Palazzolo J, Favré P, Julerot JM, Bougerol T : *Caractéristiques des patients hospitalisés dans un Centre Hospitalier Spécialisé après une tentative de suicide.* L'Encéphale 2002 ; 28 : 39-50.

Palazzolo J, Chavanis MA, Hatem N, Rey C : *Abord thérapeutique des tentatives de suicide de l'adolescent.* L'Information Psychiatrique 2000 ; 76 (9) : 1031-1038.

Parker G, Blignaulti I, Manicavasagar V : *Neurotic depression : delineation of symptoms profils and their relation of outcome.* Br J Psychiatry 1988 ; 152 : 15-23.

Parker G, Tennant C, Blignaulti I : *Predicting improvement in patients with non-endogenous depression.* Br J Psychiatry 1 985 ; 146 : 132-139.

Patten SB, Wang JL, Williams JV, Currie S, Beck CA, Maxwell CJ, El-Guebaly N : *Descriptive epidemiology of major depression in Canada.* Can J Psychiatry 2006; 51 (2) : 84-90.

Paykel ES : *Life events, social support and depression.* Acta Psychiatr Scand 1994; 377 : 50-58.

Podell RM : *La dépression contagieuse.* Editions de l'Homme, Montréal, 1997.

Polosan M, Palazzolo J, Gallarda T : *Vieillissement, trouble bipolaire et schizophrénie.* Editions du CRNS, Paris, 2006.

Post RM, Rubinow DR, Ballenger JC : *Conditioning and sensitisation in the longitudinal course of affective illness.* Br J Psychiatry 1986; 149 : 191-201.

Pyne JM, Patterson TL, Kaplan RM, Gillin JC, Koch WL, Grant I : *Assessment of the quality of life of patients with major depression.* Psychiatr Serv 1997; 48 (2) : 224-230.

Regier DA, Kaelber CT : *The Epidemologic Catchment Area (ECA) program : studying the prevalence and incidence of psychopathology*. In : Textbook in psychiatric epidemiology. Tsuang MT, Tohen M, Zahner G, ed. New York, 1995 : 135-155.

Reynaud M, Malarewicz JA : *La souffrance de l'homme.* Albin Michel, Paris, 1996.

Roure L : *La dépression.* Ellipses, Collection Vivre et Comprendre, Paris, 1999.

Rubinstein H : *La dépression masquée – L'identifier, la maîtriser, s'en libérer.* J'ai lu, Paris, 2001.

Sadek N, Bona J : *Subsyndromal symptomatic depression : a new concept.* Depress Anxiety 2000; 12 (1) : 30-39.

Saillant F, Gagnon E : *Le self-care : de l'autonomie – libération à la gestion de soi.* Sc Soc Santé 1996; (14) 3 : 17-43.

Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, Wittchen HU : *Depression comorbid with anxiety : results from the WHO study on psychological disorders in primary health care.* Br J Psychiatry 1996; 30 : 38-43.

Sasson Y, Chopra M, Harrari E, Amitai K, Zohar J : *Bipolar comorbidity : from diagnostic dilemmas to therapeutic challenge.* Int J Neuropsychopharmacol 2003; 6 (2) : 139-144.

Schaffer SD, Yoon SJ : *Evidence-based methods to enhance medication adherence.* Nurse Pract 2001; 26 (12) : 44-54.

Schotte CK, Van Den Bossche B, De Doncker D, Claes S, Cosyns P : *A biopsychosocial model as a guide for psychoeducation and treatment of depression.* Depress Anxiety 2006; 23 (5) : 312-324.

Schuckit MA : *Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions.* Addiction. 2006; 101 (Suppl 1) : 76-88.

Shelton RC, Tomarken AJ : *Can recovery from depression be achieved?* Psychiatr Serv 2001; 52 (11) : 1469-1478.

Shields M : *Stress and depression in the employed population.* Health Rep 2006; 17 (4) : 11-29.

Shinn DL : *Fear and anxiety.* Br Dent J 2007; 202 (1) : 2.

Singer V : *Treating newly sober patients.* J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2006; 44 (4) : 19-22.

Soumaille S : *J'ai envie de comprendre… La dépression.* Médecine et Hygiène, Paris, 2001.

Soyka M, Roesner S : *New pharmacological approaches for the treatment of alcoholism.* Expert Opin Pharmacother 2006; 7 (17) : 2341-2353.

Spadone C : *La dépression, peut-on en guérir ?* Le Pommier, Paris, 2003.

Spadone C : Observance thérapeutique dans les troubles dépressifs récurrents. L'Encéphale 2002; 28 (3) : 255-259.

Starcevic V, Berle D : *Cognitive specificity of anxiety disorders : a review of selected key constructs.* Depress Anxiety 2006; 23 (2) : 51-61.

Stephenson BJ, Rowe BH, Haynes RB : *Is this patient taking the treatment as prescribed ?* JAMA 1993; 269 : 2779-27781.

Stoff DM, Mann JJ : *Suicide research. Overview and introduction.* Ann N Y Acad Sci 1997; 836 : 1-11.

Tawil SP : *Le miroir de Janus.* Robert Laffont, Paris, 2002.

Tennant C, Bebbington P, Hurry J : *The short-term outcome of neurotic disorders in the community : the relation of remission to clinical factors and to « neutralizing » life events.* Br J Psychiatry 1981; 139 : 213-220.

Thomas M : *Establishing a legal compliance program.* QRC Advis 1997; 13 (6) : 4-8.

Toljamo M, Hentinen M : *Adherence to self-care and social support.* J Clin Nurs 2001; 10 (5) : 618-627.

Tylee A, Gastpar M, Lepine JP, Mendlewicz J, Committee OBOTDS : *DEPRES II (Depression Research in European Society II) : A patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community.* Int Clin Psychopharmacol 1999; 14 (3) : 139-151.

Uhlenhuth EH, Paykel ES : *Symptom configuration and life events.* Arch Gen Psychiatry 1973; 28 (5) : 744-748

Vanelle JM : *Comment vivre avec un déprimé.* Josette Lyon, Lyon, 1997.

Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J : *Patient adherence to treatment : three decades of research. À comprehensive review.* J Clin Pharm Ther 2001; 26 (5) : 331-342.

Waller DA, Altshuler KZ : *Perspectives on patient noncompliance.* Hosp Community Psychiatry 1986; 37 (5) : 490-492.

Wang PS, Patrick A, Avorn J, Azocar F, Ludman E, Mac Culloch J, Simon G, Kessler R : *The costs and benefits of enhanced depression care to employers.* Arch Gen Psychiatry 2006; 63 (12) : 1345-1353.

Wassermann EM : *Side effects of repetitive transcranial magnetic stimulation.* Depress Anxiety 2000; 12 (3) : 124-219.

Widlöcher D : *Les logiques de la dépression.* Fayard, Paris, 1995.

Wittchen HU : *Natural course and spontaneous remission of untreated anxiety disorders : results of the Munich follow-up study.* In : Panic and phobias 2, I Hand et HU Wittchen ed., Berlin, 1988.

Yang T, Dunner DL : *Differential subtyping of depression.* Depress Anxiety 2001 ; 13 (1) : 11-17.

Zrinyi M : *The influence of staff-patient interactions on adherence behaviours.* EDTNA ERCA J 2001 ; 26 (1) : 13-16.

ANNEXES

ANNEXE 1. ADRESSES UTILES

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) :
http ://agmed.sante.gouv.fr

Mise en place en mars 1999, l'Afssaps a non seulement hérité des compétences de l'Agence du Médicament mais aussi reçu des missions élargies à l'ensemble des produits de santé en vue de garantir leur efficacité, leur qualité et leur bon usage. Sa compétence s'applique à tous les produits de santé destinés à l'homme : médicaments et matières premières, dispositifs médicaux, dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, produits biologiques d'origine humaine (produits sanguins labiles, organes, tissus, cellules, produits de thérapie génique et de thérapie cellulaire), produits thérapeutiques annexes, produits cosmétiques, etc.

Vous trouverez sur ce site, plutôt réservé à un public averti, de nombreux renseignements sur l'ensemble des médicaments disponibles sur le marché, antidépresseurs y compris. À noter : un chapitre intéressant sur les interactions médicamenteuses.

Association française des personnes souffrant de Troubles Obsessionnels et Compulsifs (Aftoc) : http ://perso.club-internet.fr/aftoc/accueil.htm

L'Aftoc se propose d'apporter des informations claires aux personnes qui souffrent de TOC, qui ont un proche atteint de TOC, ou qui sont intéressées par cette maladie mal connue bien que répandue. Il est possible de trouver sur ce site :

➢ des réponses aux questions les plus fréquemment posées (Qu'est-ce qu'un TOC? Combien de personnes souffrent-elles de TOC? Quelles sont les nouvelles formes de TOC, les associations pathologiques? Qu'en est-il chez les enfants et les adolescents?...);

➢ un questionnaire d'auto-évaluation, qui permet de savoir si l'on souffre d'un TOC;

➢ un point sur les différents traitements;

➢ des conseils utiles pour les parents ou les proches;

➢ quelques éléments de bibliographie et un aperçu du bulletin trimestriel de l'association;

➢ un forum de discussion.

Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC) : http ://www.aftcc.org

L'objectif de l'AFTCC est de promouvoir la pratique, l'enseignement et la recherche en matière de thérapie comportementale et cognitive. Sont notam-

ment disponibles sur ce site de nombreux renseignements concernant les formations, les congrès et les autres associations.

Association francophone de formation et de recherche en thérapie comportementale et cognitive (Afforthecc) : http ://www.afforthecc.org

L'Afforthecc propose sur son site de nombreuses rubriques. Des programmes de formation, d'information et de supervision peuvent y être consultés.

CHU de Rouen : http ://www.chu-rouen.fr

Le site du Centre hospitalo-universitaire de Rouen est considéré comme l'un des meilleurs outils permettant de visiter la toile médicale francophone. On y retrouve notamment de nombreuses bases de données, les adresses de centres de soins, des renseignements destinés aux patients dépressifs et à leurs proches, les coordonnées d'associations. Une véritable mine d'informations, à visiter en prenant du temps.

Doctissimo : http ://www.doctissimo.fr

« Améliorer la santé, c'est lutter contre les maladies mais aussi prévenir l'apparition des facteurs de risque, soulager les souffrances ou réduire les conséquences des pathologies sur le plan personnel et social » soulignent les créateurs de Doctissimo. Des thèmes aussi variés que la nutrition, la forme, le sport, la beauté, la sexualité… sont présents sur ce site très convivial qui permet d'obtenir des informations concernant bon nombre d'affections physiques et psychiques, dépression y compris. Un dossier très complet sur ce trouble de l'humeur est disponible, dossier aisément consultable et facile à comprendre.

Fédération nationale des associations d'(ex) patients en psychiatrie (Fnap Psy) : http ://www.fnappsy.org

La Fnap Psy se donne pour objectifs :

- de recenser et de regrouper les associations françaises de patients ou ex-patients en psychiatrie, tout en œuvrant dans les domaines de l'entraide, de la protection et de la défense des intérêts de leurs adhérents ;
- d'accueillir les personnes ayant été soignées en psychiatrie, et de les orienter vers les associations de patients ou ex-patients capables de les aider ;
- de faciliter l'action de ces associations ;
- d'aider à la création de nouvelles associations ayant des motivations similaires ;
- de démystifier la maladie mentale auprès de l'opinion publique et de l'entourage des malades ;
- de diffuser l'information auprès du public par tous les moyens appropriés.

Fondation *Health on the Net* : http ://www.hon.ch

Ce site est un excellent outil de recherche pour une information médicale fiable et éthique. La Fondation *Health on the Net* a reçu le prix *eEurope Award for eHealth 2004* pour son important travail de recherche, d'analyse et

d'archivage réalisé depuis dix ans. Son objectif est de promouvoir le développement et les applications de nouvelles technologies d'information, notamment dans les domaines de la médecine et de la santé.

Fondation des maladies mentales : http ://www.fmm-mif.ca

« "Le pire dans ma maladie, c'est quand je ne savais pas ce que j'avais et que ça se traitait", me confient fréquemment des personnes atteintes de maladie mentale. C'est dans cet esprit que la Fondation des Maladies Mentales envisage ses actions : nous travaillons à rendre le dépistage des maladies mentales plus accessible afin que les gens en état de souffrance soient traités et puissent ainsi continuer de fonctionner dans notre société, mais aussi nous informons, sensibilisons et démystifions. Notre nouveau logo et la signature "S'ouvrir, c'est déjà s'aider" résume bien cette vision des choses », souligne Suzanne Dubois, directrice générale de la Fondation. Vous pourrez retrouver sur ce site canadien des informations claires, détaillées et facilement compréhensibles concernant la dépression et les autres troubles psychiques.

France université antidépresseurs : Groupe d'études (Fuag) :
http ://www.fuag.org

Les objectifs du Fuag sont d'améliorer la qualité de la recherche clinique et médicamenteuse en France et de promouvoir l'étude, l'enseignement et l'éthique des méthodes d'utilisation et d'investigation des traitements psychotropes. Les formations proposées, les congrès organisés et les publications réalisées sont disponibles sur ce site.

Groupe romand d'accueil et d'action psychiatrique :
http ://graap.fastnet.ch

Créé en 1987, le Grapp est une association de plus de 800 membres, malades psychiques ou proches. Il compte aussi quelque 7 000 membres de soutien. Le Grapp fonctionne selon un principe de cogestion entre des patients et des professionnels expérimentés. Les membres sont encouragés à prendre des responsabilités concrètes. Son site propose de nombreux témoignages et articles portant sur les diverses modalités de la pratique psychiatrique.

Médiagora : http ://mediagora.free.fr

L'association Médiagora a été créée le 12 juillet 1995. Elle a pour vocation de venir en aide aux personnes souffrant de troubles anxieux, que ces personnes soient en soin ou non, ainsi qu'à leur famille et entourage. Le principe premier des membres de l'association est un engagement bénévole. Ce sont des personnes en souffrance ou guéries qui animent l'association.

Les objectifs de l'association sont les suivants :

➢ agir sur l'environnement (familial, scolaire, universitaire, professionnel) et le sensibiliser vis-à-vis des troubles anxieux ;

➢ aider les personnes et leur entourage proche en leur apportant un soutien moral durant leurs démarches de soin ;

➢ favoriser la communication entre personnes pendant les réunions et après, grâce notamment au journal Le Paris des Phobiques et à l'écoute téléphonique ;

➢ recréer un réseau social qui doit permettre à chacun de faire le point sur son propre vécu en le partageant, et d'aiguiller les autres vers différentes thérapies efficaces car précédemment éprouvées ;

➢ contribuer à instaurer à terme un modèle relationnel triangulaire « patient/thérapeute/association » qui s'inscrit dans l'esprit des TCC, thérapies qui redonnent au patient, soutenu par le médecin et relayé par l'association, un rôle actif dans la gestion de son mal-être au sein de son environnement propre.

Psychologies. com : http ://www.psychologies.com

Site de la revue *Psychologies*, il vous propose d'apprendre à mieux vous connaître, mieux comprendre votre entourage. Tout l'intérêt de ce site réside en une démarche de vulgarisation destinée au grand public. Des spécialistes reconnus répondent aux questions des lecteurs, et des articles aisés à lire traitent de sujets d'actualité tournant autour du développement personnel. La dépression est l'un des thèmes le plus souvent abordés.

Psydoc France : http ://psydoc-fr.broca.inserm.fr

Le site de la Fédération Française de Psychiatrie est l'un des sites les plus exhaustifs dans le domaine de la psychiatrie, du fait de sa richesse en informations. De nombreux renseignements sur la dépression y sont donnés, au sein de nombreuses rubriques. La liste d'associations de psychiatrie, des bases de données, des cyberconférences, une bibliothèque, des formations, les textes de plusieurs conférences de consensus sont entre autres consultables.

Réhab Infoweb : http ://www.rehab-infoweb.net

Le Réseau Francophone des Programmes de Réhabilitation Psychiatrique (RFPRP) propose sur ce site des publications, des formations, un forum, une liste de liens avec d'autres sites sur les pathologies mentales et l'environnement psychiatrique. Les patients et leurs familles y trouvent également des brochures d'information et un espace de discussion,

Soin, étude et recherche en psychiatrie : http ://www.serpsy.org

Créé en avril 1998, le site Serpsy est destiné aussi bien aux professionnels de santé mentale qu'au grand public. Il propose un espace de réflexion et d'échange autour de la relation soignant-soigné sous forme de témoignages, articles, comptes rendus, Des thèmes diversifiés sont abordés.

Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam) : http ://www.unafam.org

L'Unafam propose sur son site une aide aux familles et un accompagnement des patients. Une série d'ouvrages sur la dépression est recommandée.

ANNEXE 2. EXEMPLE DE DOCUMENT REMIS À LA PERSONNE DÉPRESSIVE ET À SES PROCHES

D'après la *Mood Disorders Society of Canada*.

Annexe. Sortir de l'abîme de la dépression (10 feuillets).

Document à télécharger à partir de l'adresse :
http://www.mooddisorderscanada.ca/depression/brochure/1027DepressionFRN.pdf



ANNEXE 3. CERTIFICATS POUR LES PROCÉDURES D'HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE

Annexe 3.1. Demande d'hospitalisation

DEMANDE D'HOSPITALISATION

FAITE PAR LA TIERCE PERSONNE DANS LE CADRE D'UNE HDT

(à compléter de manière manuscrite)

Je soussigné(e) ____________________

Demeurant à ____________________

Né(e) le ____________________

à ....

Profession ____________________

Demande en ma qualité de ____________________

Conformément à l'article L 3212-1 ou L 3212-3 (*) du Code de la Santé Publique et aux conditions des certificats médicaux ci-joints (ou du certificat médical ci-joint (*))

L'admission au Centre Hospitalier de ....

de Mr ou Mme ____________________

né(e) le ....

à ____________________

Demeurant à ____________________

Profession ____________________

Fait à ____________________ Le ____________________

Signature

Copie de la pièce d'identité à fournir impérativement ou à défaut inscrire le n° de la pièce d'identité

(*) rayer les mentions inutiles

Annexe 3.2. Certificat médical HDT

CERTIFICAT MÉDICAL

POUR UN MALADE ADMIS EN HOSPITALISATION À LA DEMANDE D'UN TIERS (HDT)

Je soussigné(e), Docteur .... certifie avoir examiné

le ____________________

Mr ou Mme ____ (nom et prénom)

Né(e) le ____________________

Demeurant à ____

Qui présente des troubles mentaux caractérisés par :

____

(bien détailler les circonstances)

Il y a lieu de le (la) faire hospitaliser sans son consentement dans le cadre de l'article de L 3212-1 du Code de la Santé Publique, au Centre Hospitalier de ______________________________

Fait à ______________________________ Le ________________

Signature du médecin

Annexe 3.3. Certificat médical HO

CERTIFICAT MÉDICAL

POUR UN MALADE
ADMIS EN
HOSPITALISATION
D'OFFICE (HO)

Je soussigné(e), Docteur ________________________

Certifie avoir examiné le ____________________

Mr ou Mme ________________________________ (nom et prénom)

Né(e) le ....

Demeurant à ____________________________

Il présente : ________________________________
(diagnostic : bien détailler les circonstances)

Le patient est dangereux pour lui-même et pour autrui et doit être hospitalisé en Hospitalisation

d'Office, dans le cadre de l'article L. 3213-1 et suivants du Code de la Santé Publique,

au Centre Hospitalier de ________________________

Fait à ____________________ Le ______________

Signature du médecin

ANNEXE 4. TÉMOIGNAGES DE PATIENTS

Premier témoignage (dépression)

Je m'appelle Stéphanie, j'ai 28 ans. Je souffre d'un épisode dépressif majeur, c'est-à-dire caractérisé.

J'avais déjà fait une dépression il y a deux ans. Pour m'en sortir, j'ai été hospitalisée 3 mois et on m'a soigné grâce aux électrochocs. Cette méthode avait bien marché. Pendant deux ans, j'ai été relativement tranquille. Je me sentais bien. Jusqu'à ce jour du 16 juin 2002, où j'ai tenté de me suicider en avalant des médicaments. C'est mon ami qui s'est occupé de moi : il m'a emmenée à l'hôpital, pour me protéger de moi-même… D'urgence, on m'a transféré dans le service de psychiatrie pour me faire à nouveau des électrochocs : cela m'a fait énormément de bien. Je suis restée un mois et demi à l'hôpital, puis je me suis reposée à la maison un mois avant de reprendre mon travail. J'y suis retournée fin septembre, cependant intérieurement je ne me sentais pas capable d'affronter un nouveau poste et de collaborer avec des personnes qui – vous vous en doutez – ne voulaient pas foncièrement de moi.

Il arriva ce qui devait arriver : trois jours après la reprise, je faisais part à mon ami du désir de vouloir me faire du mal. Il s'agit de quelque chose qui m'est déjà arrivé : j'ai des traces sur le corps, traces de coupures faites avec des lames de rasoirs. Me revoilà donc à l'hôpital psychiatrique : à partir de ce moment-là a débuté une phase de souffrances terribles. Ceux qui connaissent cette maladie pourront comprendre ce témoignage plus facilement. En effet, la dépression pour moi s'est traduite par des douleurs morales mais aussi physiques : angoisses qui m'empêchent de respirer, mal au cou, les poumons semblent s'atrophier…

Une fois, lors d'une crise, j'ai eu l'impression de rentrer en transe : j'étais victime de douleurs très intenses, j'avais l'impression d'avoir une fièvre terrible, tout mon corps tremblait. Ce soir-là, j'ai envoyé balader l'infirmière : électrochocs, traitements antidépresseurs, rien ne fonctionnait pour moi !

Pendant plus d'un mois, tous les jours j'ai voulu mourir ; la maladie me dépassait et personne – je dis bien personne – ne pouvait m'aider à reprendre le dessus. J'insiste sur ce point, parce que lorsque j'entends des individus parler de cette maladie en disant que c'est une « simple déprime », que c'est juste « un mauvais moment à passer », qu'« il suffit de se bouger »…, je vous garantis que ces gens-là ne connaissent pas le bonheur d'être en bonne santé !

La dépression est une maladie terrible, qui fait très peur, qu'il est très difficile de combattre. Je souhaiterais ajouter que pour l'entourage, ces événements sont également difficiles à vivre : j'ai peur encore aujourd'hui de perdre l'être aimé parce que la maladie est trop longue. J'ai encore d'importants coups de cafard. À ce jour, je n'ai pas encore retrouvé toutes mes capacités. Je me sens encore bien trop faible, même si de caractère je n'ai jamais été quelqu'un de très fort. Je suis actuellement sous antidépresseur sérotoninergique, médicament en lequel je fonde tous mes espoirs.

Mais c'est très dur tous les jours, chaque journée écoulée comporte sa « dose d'angoisse », plus ou moins importante. Combien de fois je me suis demandée : *« Pourquoi moi ? Suis-je folle ? »* C'est une terrible épreuve, et tout le reste de sa vie il faut se reconstruire, se dire que la vie mérite peut-être d'être vécue… Même si aujourd'hui je ne sais si je suis guérie, je remercie mon entourage : mon ami qui m'a toujours épaulée, mes parents, mes sœurs, et deux ou trois amis qui ont pris de mes nouvelles (ils se comptent sur les doigts d'une main). Merci à tous ceux qui liront ce message et pourront se retrouver dans mon témoignage. Chaque jour, il faut poursuivre le combat.

Stéphanie

Deuxième témoignage (dépression)

La dépression, c'est un formidable sentiment de solitude doublé d'un manque de confiance en soi, assorti d'une dépréciation profonde. Les gens déprimés sont des gens qui ne s'aiment plus et qui se sentent terriblement seuls. Même au milieu des autres, on devient étranger à soi et à l'entourage. C'est une plaie profonde, un poison malsain.

Dès lors, comment donner un sens à sa vie quand on est plus en accord avec soi-même? Comment se projeter dans le futur quand il faut gérer son mal-être au quotidien?

Je suis actuellement dépressif. Je me sens mal, triste, seul… Mes journées sont dures à commencer, je n'arrive pas à me concentrer sur mes études, les choses perdent peu à peu de leur saveur… Je perds l'appétit, je suis angoissé, et tout est gris. Je me sens prisonnier de moi-même. Mais je me sens surtout MALADE. Car cet état, n'ayons pas peur des mots, est une véritable MALADIE. Il faut donc la soigner. Et de nombreux témoignages montrent qu'on en guérit. On guérit de ne plus croire en la vie. On guérit de ne plus s'aimer. On guérit de son isolement. On guérit d'être pollué par des pensées négatives. On guérit d'avoir envie de crever. Il faut le vouloir. Il faut y croire. Car c'est une réalité.

Mais comment guérir? Amour, thérapie, médicaments, espoir, sociabilité, partage, don, musique, lecture, sport, contacts, confiance, spiritualité, poésie, art, philosophie, courage… Chacun va trouver sa bouée de sauvetage. Et dans bien des cas, il en faut plusieurs, des bouées de sauvetage.

« L'inaptitude au bonheur », ça n'existe pas. Nous avons le droit d'être heureux, tout le monde y a droit. Nous sommes malades, et alors? Quand on a des verrues on va chez le dermato pour les faire enlever. Nous, on a des verrues à l'âme (!). Enlevons-les!!! C'est plus long, plus douloureux, mais au fond je crois que ça vaut vraiment le coup. Mais ne perdons jamais, jamais, jamais de vue que l'on s'en sort.

Personnellement, j'en suis à me demander : mais à quoi ça sert? Pourquoi? J'ai des difficultés à me projeter heureux, serein, libre, léger. Je suis assailli de pensées négatives, qui jettent parfois un voile sombre et glacé sur mon âme. Mais je crois que, pour les combattre, il faut les dépasser. C'est-à-dire que lorsqu'une pensée négative vous traverse, et qu'elle remet en cause vos légè-

retés, vos espoirs…, il faut continuer à avancer, il faut l'ignorer. Car lorsqu'on se referme comme une huître après qu'une pensée teintée de désespoir nous ait traversés (du genre : « Tous ces efforts ne servent à rien, baisse les bras… »), on lui donne une assise de plus en plus importante dans notre quotidien. Au contraire, et même si cette pensée négative nous fait du mal, nous affaiblit, il faut continuer à avancer, de telle manière que, progressivement, cette pensée négative s'atténue, et qu'en définitive elle disparaisse totalement. Car, à mon sens, cette pensée négative n'est autre chose qu'un transfert du manque d'estime que l'on a de soi. C'est une forme de protection. Cette pensée négative prouve même l'existence d'une forme d'instinct de survie, elle montre que nous luttons encore. C'est donc presque bon signe d'avoir des pensées négatives, car elles démontrent notre volonté, même inconsciente, de vivre. En effet, un individu qui a vraiment renoncé à la vie ne ressent plus rien, il n'y a plus aucune forme d'activité mentale dans sa tête. Ces pensées négatives (même les plus extrêmes, du genre : « Je n'ai plus envie de vivre ») sont des sortes d'anticorps de notre âme malade qui se défend ! D'ailleurs, quand on observe les gens qui se suicident, on s'aperçoit que la grande majorité laisse un mot, un témoignage etc., preuve que leur acte n'était pas un renoncement à la vie, mais une échappatoire à la souffrance. Et la nuance est très importante. On ne meurt pas pour fuir la vie mais pour échapper à la souffrance. Et la souffrance n'est pas une fatalité. Vous qui me lisez et qui souffrez, moi qui écris et qui souffre, nous ne sommes pas nés avec une destinée qui nous condamne à être malheureux ! Rien ne nous oblige à souffrir, à être triste.

En fait, je pense que pour guérir il faut se poser certaines questions : au nom de quoi, de qui, je ne m'aimerais pas? Pourquoi ne devrais-je pas avoir confiance en moi? Pourquoi devrais-je accepter de vivre avec une image négative de moi-même, en laquelle je ne me reconnais pas? Au nom de quoi?

Je pense que nous touchons là le cœur du problème lorsqu'on aborde la question de la souffrance morale : un manque d'amour pour soi, un manque de confiance en soi. On tombe malade de ne pas s'aimer.

Nous sommes malades, alors soignons-nous ! Et nous guérirons. Et nous réapprendrons à nous aimer.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas abandonner ; ce serait dommage…

Vincent

Troisième témoignage (anxiété)

C'est arrivé un soir il y a cinq ans, je revenais d'une journée passée autour d'une table de discussions. Un rendez-vous extrêmement important en vue duquel j'avais beaucoup travaillé. Tout s'était bien passé et c'était un aboutissement : j'étais fier de moi. Quatre cents kilomètres aller-retour, j'avais peu mangé et avalé pas mal de cafés. Dans la voiture que je conduisais, mon collègue me dit : « Tu devrais faire attention, tu me parais très stressé ». Du tac au tac, je réponds : « Oh, moi, le stress, ça me stimule ». Et là, d'un seul coup, c'est le voile blanc. J'ai l'impression que je vais m'évanouir, mon cœur

s'emballe, je suis en sueur. De l'intérieur monte une peur terrible, celle de mourir. Après m'être garé sur le bas-côté, je suis victime d'une « crise de tétanie », comme si j'avais une crampe à chaque muscle. Alors que mon collègue prend le volant et me conduit chez mon frère qui vit non loin, je pense avoir eu une crise cardiaque.

Selon le médecin de mon frère, mon cœur se porte comme un charme, mais je suis très fatigué et j'ai besoin de vacances. Soit. Je réserve une semaine en Haute-Savoie avec ma femme et nos trois enfants. Le premier jour, je croise un ami d'enfance qui me propose un repas en montagne le week-end suivant. Et cela me pourrit la semaine. Chaque jour, la simple idée de monter là-haut me panique. Le jour J, je prends le volant en tremblant et je parcours ces quelques kilomètres en roulant au pas. Ma femme n'y comprend rien. Comment oserais-je lui dire : « Écoute, chérie, on n'ira pas manger là-bas parce que j'ai peur » ? Quand nous arrivons enfin au restaurant, c'est la crise. Pris de panique, je n'arrive plus à souffler et je sors me cacher dans ma voiture. Cette fois, c'est mon ami qui m'emmène chez son médecin. Sur la table d'observation, je tremble tant qu'il m'injecte un relaxant et me prescrit des anxiolytiques.

Cet état ne me ressemble pas. Depuis toujours, je donne l'image du type sûr de lui, le genre qui sait mener sa barque. Ceinture noire de judo, j'ai quatre enfants et je gère ma petite entreprise d'optique. Actif, j'aime les projets, les défis. Gosse déjà, je plaçais la barre très haut. Je suis perfectionniste et anxieux. Au volant, je ne fais confiance à personne, pas même à mon épouse, et je n'ai jamais pris l'avion. Depuis quelques années, mon anxiété devient démesurée. Exemple : l'idée que mon fils puisse se faire mal aux genoux en faisant du vélo m'est insupportable. L'ouverture de mon magasin ne fait qu'augmenter mon inquiétude. Pas pour des questions financières, mais pour des raisons personnelles. À mes yeux, chaque client qui franchit le seuil du magasin doit être content. Et s'il ne l'est pas ? C'est de ma faute. Pour être clair, je culpabilise à peu près tout le temps. Et ce que les autres pensent de moi est capital.

De retour de ces vacances ratées, impossible de prendre le volant. Je réalise qu'il se passe quelque chose de grave. Quoi ? Je n'en sais rien. Suivant les conseils de mon généraliste, je laisse mon entreprise de côté et j'atterris dans une station thermale pour une cure de cinq semaines. C'est le médecin du centre qui m'apprend la nouvelle : je fais des crises de panique. Il évoque une thérapie comportementale et cognitive, que je débute, alors sous antidépresseur. À cette période, je fais jusqu'à cinq crises par jour et je m'isole à chaque fois. J'ai trop honte : un homme, un rien macho comme moi, dans cet état… L'idée d'aller dans des magasins ou au restaurant me terrifie, je ne réponds plus au téléphone. En un an, j'ai perdu dix kilos. Muré dans le silence, je ne veux voir personne. Pendant ce temps, mes employés gèrent mon commerce.

Mais, petit à petit, je repère les pensées qui déclenchent mes crises, je mets des mots sur mon anxiété en écrivant mes émotions. Ma thérapie me donne les outils pour mieux vivre avec mon angoisse et la faire diminuer. Ma thérapeute, elle, me dit des choses que je déteste entendre : que je me prends pour Dieu, que je veux tout contrôler, tout maîtriser (y compris la vie de mes

proches). Lorsque je suis revenu de cure, ma femme a craqué. Dépression nerveuse. Seul avec trois enfants de cinq à un an, j'ai dû tout assumer durant sa convalescence de quelques semaines. Et ça a marché. On a laissé passer l'orage ; on est toujours ensemble.

Mon orgueil, ma fierté, je les ai jetés à la poubelle. Désormais, j'assume ma faiblesse : l'anxiété. Et je m'accorde le droit à l'erreur, le temps de la réflexion avant de rendre une réponse. Je pose mes limites et je me fiche de ce que pensent les autres. Professionnellement, j'ai pris de la distance et je fais confiance à mes collaborateurs. Du coup, je m'offre du temps pour d'autres choses, comme la montagne, mais aussi les relations humaines.

Pour moi, il y a un avant et un après. Je n'échangerais l'après contre rien au monde.

Pétro

Quatrième témoignage (anxiété)

« Pas de panique ce n'est que de l'anxiété »

Un matin, je me réveille et je suis de mauvaise humeur. Les enfants m'irritent, ma femme me contrarie, mes amis me cassent les pieds, mes voisins sont insupportables et mon travail me stresse, les crédits m'accablent. Le journal télévisé me rappelle chaque jour que mon avenir est noir.

Un jour de février, sur une autoroute mouillée par une pluie battante ou peut-être par mes larmes d'impuissance, mon destin chavire ! Je n'ai pas d'accident de la route, mais bel et bien un accident de parcours. Mon corps, décide d'un seul coup de ne plus suivre la route que je lui ai imposée jusqu'alors. Le voile blanc, les palpitations, la sueur au front, l'effroyable impression de passer de l'autre côté, de mourir, de devenir fou. Je stoppe sur la bande d'arrêt d'urgence (est-ce déjà un signe?). Mon corps, telle une alarme, me signale un dysfonctionnement.

Moi, le battant, l'homme de toutes les situations, se retrouve incapable de ramener sa voiture à la maison.

Terrassé par une crise de panique suivie d'une crise de tétanie, ma carapace vient d'exploser en mille éclats. Je suis nu face à mes anxiétés, mes doutes et mes peurs. Mon orgueil, ma fierté de mâle sont mis à mal.

Mon premier secours est venu de mon beau-père, qui a ramené ma voiture à bon port et qui a envoyé illico son propriétaire chez le toubib.

« – Docteur, ai-je fait une crise cardiaque?

– Non, non, Monsieur. Vous me paraissez en bonne forme, mais peut-être un peu fatigué ».

Me voilà une semaine en vacances à la neige avec mes trois enfants, pleins de vie, et ma femme inquiète pour son indestructible mari.

« L'enfer au pied des pistes »

Le bruit, la solitude, le regard d'autrui, la honte, le désespoir, l'orgueil me culpabilisaient jour et nuit. Deux à trois crises de paniques en trois jours eurent raison de mes « vacances » à la neige ! Heureusement, j'ai pu compter sur un de mes trois frères pour ramener une deuxième fois la voiture et son contenu.

J'ai compris, à ce moment-là, que tous les signaux d'alarme que mon corps m'avait envoyés n'avaient pas eu raison de ma déraison. Si je fouille dans les coins et recoins de mon cerveau, j'y retrouve le goût amer de la détresse dans laquelle je m'engouffrais.

Les Portes du soleil se transformaient en portes d'enfer pour moi, et malheureusement aussi pour ma femme et mes enfants. L'édifice familial tanguait dangereusement.

Je pris donc la décision de me faire soigner, mais pour cela encore fallait-il savoir de quel mal me soigner !

J'ai dû abandonner, pour quelques semaines, ma femme et mes enfants, mon entreprise, pour un voyage vers mon Moi profond.

Je prends seulement aujourd'hui conscience du désarroi dans lequel je laissais mon épouse et mes trois petits.

C'est un médecin généraliste qui trouva mot à mes maux. Mon anxiété généralisée s'accompagnait de « crises panique » ! Sur une échelle allant de 0 à 10, mon anxiété frisait la note maximale !

« – Il va vous falloir être patient, et entamer une thérapie avec un psy.

– Eh bien, commençons de suite ! »

Ah ! Si l'on pouvait changer 35 ans de fonctionnement inadéquat en un coup de baguette magique !... Non, il fallait bien que je fasse un peu de résistance ! Il me fallut bien quatre à cinq crises de panique par jour pour accepter le travail ardu que me proposait ma psy sur le plateau de la guérison.

« Broyer le noir jusqu'à la lie »

La fuite me paraissait un moyen efficace, au début, d'échapper à ce cycle infernal. Mais, petit à petit, l'étau se resserra. Des nuits d'angoisse, des handicaps proches du retour à l'enfance : craindre la pluie, ne plus pouvoir conduire ma voiture, ne plus manger au restaurant, ne plus rentrer dans les magasins, me perdre devant chez moi, ne plus supporter le regard d'autrui, ne plus supporter les rendez-vous professionnels, ne plus communiquer et ne plus aimer. Les petites charges quotidiennes se transformaient en boulets pour forçat, ne plus différencier les mots qui font mal et ceux qui vous réveillent, cette culpabilité étouffante et ses crises paniques qui vous font visiter les couloirs des oubliettes. Le sommeil torturé par les crises pour enfin ne plus dormir et broyer du noir jusqu'à la lie.

Suis-je malade à vie? Incurable? Inutile?

Mais tel un virus informatique, mon cerveau m'offrait une alternative à l'isolement psychique, un antivirus efficace. Une rééducation à la vie « normale », une hygiène de vie, une discipline adaptée à mon fonctionnement. Prendre du recul et du temps pour me relaxer.

« Pouvoir aller à la plage »

Un philosophe a dit : « Celui qui a connu de multiples souffrances ne peut plus aller à la plage ». J'ai dû apprendre à m'allonger sans culpabiliser ! Avec l'aide de ma thérapeute, nous mettons l'ouvrage sur le métier. Tel un photographe à l'affût des meilleurs portraits, je me mis en chasse des clichés qui envahissaient mon esprit. J'appris à accepter et comprendre mes idées reçues. C'est presque la totalité de mon éducation que j'ai due corriger. J'ai appris à me respecter, et à prendre du temps pour moi. Je n'imaginais pas le bien que pouvait m'apporter le fait de me donner le droit d'être en état de faiblesse.

« Les maux soignés par des clefs »

Ma psychothérapeute me proposait des clefs afin d'ouvrir les portes de ma libération. « Je vous aide à trouver les clefs, me disait-elle, mais vous êtes le seul à accéder aux couloirs où se trouvent les différentes issues. »

Il me fallait soigner mon anxiété déraisonnée. Le temps travaillait pour moi, et cela dans le but de vivre des temps meilleurs. Après quelques mois de travail, pour la première fois de ma vie, je goûtais au bonheur et mes yeux voyaient enfin le jour. Le bonheur était si souvent passé devant ma porte, et je ne l'avais jamais laissé entrer. J'avais vécu bien des bonheurs auparavant, mais entre toucher le bonheur du doigt et le vivre pleinement, c'est une autre affaire ! Je venais de me réveiller d'une éclipse de 37 ans de tortures psychiques. Le travail a été long, et le sera encore ! Le regard de ceux qui m'ont jugé, blessé, souvent inconsciemment, n'est plus rien à côté de mon pouvoir de discerner l'amour dans le regard de ceux qui m'aiment. Aujourd'hui comme hier, les informations télévisées annoncent toujours de mauvaises nouvelles, le monde n'a évidemment pas changé en trois ans, mais pour ma part ma renaissance a eu lieu. Les crises paniques ont disparu depuis longtemps, je déguste chaque regard de mes enfants, j'écoute l'amour qu'ils m'offrent, je vois la beauté de cette vieille Terre comme celle d'une jeune femme éternelle. Je ne porte plus le fardeau d'autrui, le mien me suffit. Je ne relâche jamais la discipline de vie qui me permet de toucher et de vivre les bonheurs de chaque jour.

Si, aujourd'hui, je devais mesurer mon anxiété, sur une échelle de 0 à 10, je la positionnerais sur le 1 !

Je cultive la relativisation à outrance. Je dois mon salut à mes douleurs passées et à ma famille, qui ont su patienter sur le fil tendu de mon anxiété.

En conclusion, je peux dire que tout un chacun a le droit d'être anxieux, et qu'il faut voir le fait de se soigner comme un devoir.

Christophe.